



FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral

Ano X -. nº 34
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica

Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

*Os artigos, aprovados para esta
edição são da exclusiva
responsabilidade dos seus autores.*

Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Cenários de *futuros possíveis* para a enfermagem em Portugal: algumas reflexões

Lucília Nunes



Cenários de *futuros possíveis* para a Enfermagem em Portugal: algumas reflexões

Lucília M. Nunes

O futuro não se prevê, prepara-se.
Maurice Blondel

Explicitação inicial

Uma das tarefas mais desafiadoras (e passíveis de falha, como se antevê e como o tempo dirá) é a da construção de cenários¹.

Definamos **cenário** como um desenho de possibilidade, cuja finalidade é antecipatória e, por isso, potencia que estejamos (mais) preparados para lidar com o que acontecerá. E se projetar cenários pode ser um método para imaginar futuros possíveis, tem de assentar num conjunto de suposições (que sejam plausíveis e tomamos por seguras) que possam suportar incertezas sobre o que se segue.

Ao partirmos de uma compreensão abrangente do presente e de um conhecimento amplo do passado, a construção de cenários possíveis cria visões estruturadas de situações futuras. Por isso, designados "**futuros possíveis**".

Na área da gestão, o *método de cenários* é um instrumento importante de tomada de decisões. Ajuda a pensar sobre uma variedade de potenciais resultados, permite conjeturar sobre diversas situações que podem ocorrer e ir adequando as estratégias conforme um dos cenários se vai concretizando, compreendendo a interdependência dos elementos e a possibilidade de termos desconsiderado um factor (ou problema) importante.

Todavia, neste texto, não pretendemos produzir um trabalho de prospectiva estratégica, por exemplo, na esteira dos trabalhos de Michel Godet², nem tencionamos realmente utilizar o método³ que propôs.

A designação que escolhemos - "**algumas reflexões**" - protege o nosso desiderato no sentido de partilhar pensamentos e argumentos, tendo em conta os diversos eixos de forças que se entrecruzam. Procuraremos identificar os principais focos das incertezas nos eixos de análise, ou seja, os principais aspectos que podem ter impacto, quais variáveis em apreço, dos quais decorrem os diferentes cenários. Temos consciência de que estamos a simplificar um processo complexo, correndo os riscos inerentes a tal empreendimento. Mas sem alguma temeridade não se sai do mesmo sítio ou, como afirmava David Lloy George, "não se pode atravessar um abismo aos saltinhos".

² Godet, M. From anticipation to action. A handbook of strategic prospective. UNESCO Publishing. 1994. Disponível em <http://www.lapropective.fr/dyn/anglais/ouvrages/from-anticipation.pdf>.
³ O método de Godet baseia-se na identificação e projeção de variáveis-chave de cenários e dos atores relacionados. Divide-se em três fases: [1] a construção da base analítica e histórica, a identificação das variáveis-chave e do conjunto de atores; as variáveis são definidas, classificadas e o relacionamento entre elas é estabelecido através de uma matriz; [2] a exploração do campo das possíveis evoluções, que resulta do estudo das incertezas (uma lista de combinações e possibilidades de estados futuros, verificando restrições e incompatibilidades e construindo uma matriz com as combinações de maior contraste) e, [3] a elaboração dos cenários, a partir dos conjuntos de combinações selecionados; para cada cenário constrói-se uma narrativa sequenciada, partindo da situação atual e chegando à visão de futuro determinada pelo cenário escolhido, destacando rupturas e mudanças que aparecerão em cada cenário; a essas narrativas, Godet chamou "histórias sobre o futuro". Cf. Godet, M; Durance, P. A prospectiva estratégica. Para as empresas e os territórios. UNESCO. 2011. Disponível em http://www.idsust.com.br/emailmkt/Prospectiva_GodetDurance_Vebook.pdf

¹ Este texto foi inicialmente preparado para um capítulo de uma obra coletiva que não chegou a ser concluída nem publicada. Não obstante, foi revisto em 2016 de forma a ser partilhado.

Importa que, em benefício da clareza, deixemos claros os pressupostos centrais da reflexão: primeiro, a recusa de uma visão determinista; dito de outra forma, consideramos que não está pré-determinado o que (nos) vai acontecer nem há capacidade humana para prever comportamentos sociais e políticos. Aventamos hipóteses, com a noção dos riscos e das probabilidades sendo que, por mais elaborados que sejam os cenários, os sistemas sociais têm muitos espaços de imponderável, de liberdade e de criatividade. O segundo pressuposto é que o futuro também depende da capacidade dos atores sociais envolvidos pois, como considerou Godet, são elementos centrais dos cenários e da construção dos *futuros possíveis*. Estou convicta da imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem e da profunda dignidade filosófica, ética e existencial, da sua prestação.

Colocar cenários será, assim, apontar um conjunto plausível de combinações possíveis e, convenhamos, em abono do rigor, imagináveis. Quando projetamos possibilidades partimos do nosso juízo sobre processos e resultados, da análise que fazemos da conjuntura. Há sempre uma ampla margem de graus de liberdade, pois que circunstâncias futuras e desconhecidas afetarão o que hoje se projeta ou antevê.

Em bom rigor, a escrita deste texto decorreu da proposta de um projeto de obra coletiva, que veio a gorar-se; todavia, como o texto estava redigido e parecia pertinente, revemos para divulgação em revista; mantivemos a estrutura original e atualizámos os dados a 2016.

Procurámos, num primeiro momento, **elencar os eixos mais importantes**, em nosso entender, atendendo a que o "problema" é, como nos foi proposto, o futuro da enfermagem em Portugal. Nesta lógica, reconhecemos que sobre algumas variáveis destes eixos temos um baixíssimo grau de governabilidade (mas também se fossem variáveis que controlamos seriam mais "invariantes" do que variáveis). A seguir, construímos o que designamos por

trajetória mais provável, acompanhando-a da variação pessimista e a variação otimista. Para fortalecer a análise das tendências (na compreensão que há tendências conjunturais e estruturais), procuraremos identificar as fragilidades e as oportunidades em cada eixo de análise e, se possível, os pontos de bifurcação, em que a encruzilhada se (nos) coloca.

1. Bases de partida

Enfermagem é considerada como **profissão intelectual e científica**⁴, de natureza **liberal**⁵ e tendo um modelo de **autoregulação**, desde 21 de Abril de 1998, com a publicação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Como foi afirmado, "as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente"⁶.

Assentemos neste ponto de partida: a **Enfermagem é uma disciplina do conhecimento**, com doutoramento na área específica desde 2002, que se materializa numa profissão autoregulada desde 1998.

Para aceder à profissão é necessário ter uma licenciatura em enfermagem que conduza à atribuição do título de enfermeiro (pela Ordem dos Enfermeiros). Assim, estamos perante um requisito de formação de nível superior, no nível 6 do Quadro Nacional de Qualificações, e uma legitimação científica pela aquisição de um grau de doutor (nível 8).

⁴ Enfermeiros no capítulo dos «Especialistas das profissões intelectuais e científicas», sub-capítulo «Especialistas das ciências da vida e profissionais da saúde». Classificação Nacional das Profissões, desde a CNP/94.

⁵ Liberal professions, [...] are, according to this Directive, those practiced on the basis of relevant professional qualifications in a personal, responsible and professionally independent capacity by those providing intellectual and conceptual services in the interest of the client and the public." in Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications.

⁶ Preâmbulo do Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.

O exercício profissional é apenas possível com a titularidade de um dos títulos: enfermeiro ou enfermeiro especialista.

A realidade nacional⁷, a 31 de dezembro de 2015, era de 53 084 enfermeiros no ativo, dos quais 14 833 especialistas (27%). O mapa total de inscritos é de 67893 membros ativos. Neste universo de especialistas, 3167 são de Reabilitação (21,3%), 2598 de Saúde Materna e Obstétrica (17,5%), 2815 de Médico-Cirúrgica (18,9%), 2374 de Enfermagem na Comunidade (16%), 2200 de Saúde Infantil e Pediátrica (14,8%) e 1679 de Saúde Mental e Psiquiátrica (11,3%).

Atualizada a realidade nacional a 31 de dezembro de 2016, o site da OE informa de um total de 69 682 inscritos, dos quais 16 696 especialistas. E destes, 21% são de Reabilitação (3.350), 20% de Médico-Cirúrgica (3.135), 17% de Saúde Materna e Obstétrica (2.694), 16% de Comunitária (2.479), 15% de Saúde Infantil e Pediátrica (2.291) e 11% de Saúde Mental e Psiquiátrica (1.747).

Colocando os dados em tabela:

	Enfermeiros*	[+ano]	Especialistas*	[+ano]
2010	62566		10670	
2011	64535	1969	11617	947
2012	65467	932	12344	727
2013	65872	405	13082	738
2014	66452	580	13897	815
2015	67893	1441	14833	936
2016	69682	1789	15696	863

[* números do Anuário da Ordem]

Desconhece-se⁸, em termos oficiais, a distribuição dos especialistas estão no ensino e na gestão ou, colocado de outra forma, quantos exercem atividade clínica, de prestação de cuidados especializados. Para melhor ajuizar um balanço importaria considerar que muitos enfermeiros da clínica são docentes em regime

⁷ Os dados que se apresentam constavam no site da Ordem dos Enfermeiros. Anuário Estatístico, 31 dezembro 2015. E os seguintes no site, relativos a 31 de dezembro de 2016.

⁸ No site da OE, na distribuição por área de atuação, mais de 30% dos especialistas está em área de atuação "desconhecida".

de tempo parcial, ter em conta os que deixam de estar inscritos (por emigração, aposentação ou outros motivos) e os que se formam em cada ano.

Existem 42 instituições de ensino superior que lecionam cursos de enfermagem (21 do público, 21 do privado e cooperativo). Diversamente do que as notícias pareceram fazer crer⁹, o número de vagas e de estudantes tinha vindo a descer¹⁰ nos últimos anos - entre 2006 e 2014, uma descida global de 47,8% nas vagas; apenas em 2015 o número de colocados¹¹ voltou a subir.

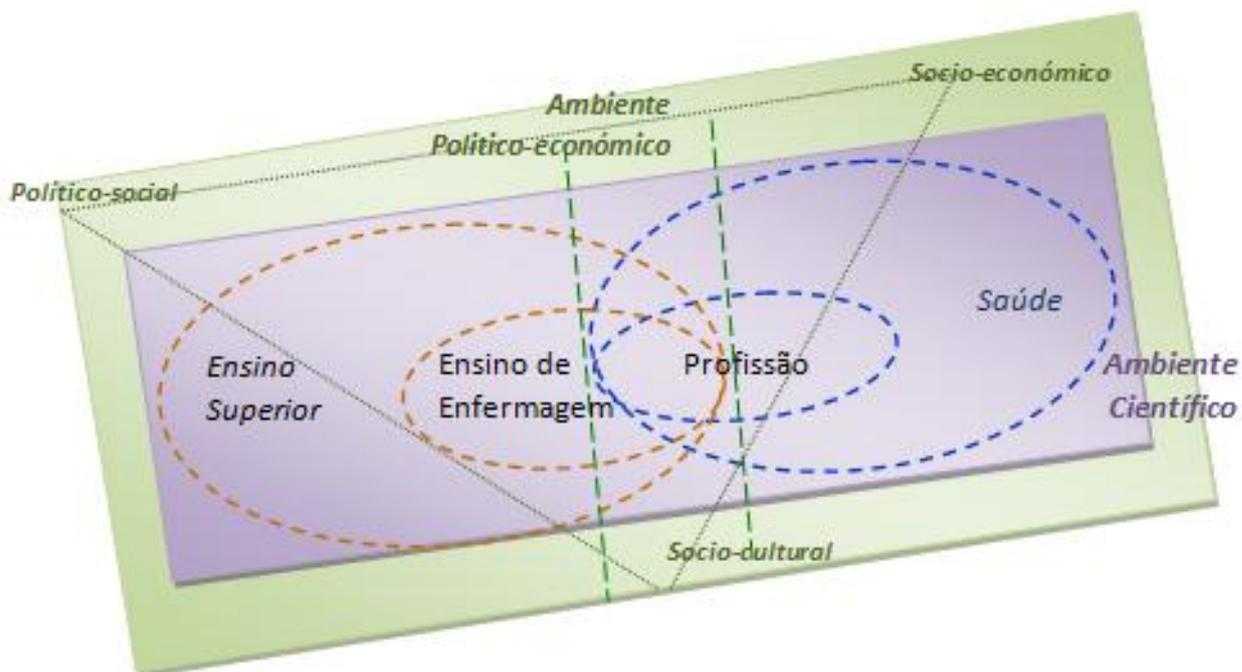
No ano 2013/2014, de acordo com o Registo de Alunos Inscritos e Diplomados do Ensino Superior (DGEEC/MEC), existiam 11.708 estudantes inscritos em cursos de Enfermagem no país (9.060 no ensino público) e registaram-se 2.612 diplomados.

Admitindo que a fonte mais relevante de enfermeiros ativos, são os recém-diplomados, ainda assim, entre 2011 e 2016, verificou-se um aumento médio anual de 1200 enfermeiros e de 837 especialistas, em subida em 2015 e 2016.

⁹ Aludimos a títulos como "Enfermagem no top dos cursos com maior aumento de vagas", Jornal de Negócios, 18 julho 2014

¹⁰ Em 2014, estão disponíveis 22 cursos (em 21 escolas do ensino superior do subsistema politécnico) num total de **1985** vagas. Em 2013, num total de 21 cursos em escolas do sistema público (e um com 2ª entrada, o que perfaz 22 cursos), teve um total de **2.086** vagas para o Concurso Nacional de Acesso (a que faltará somar os contingentes dos regimes e dos concursos especiais, ainda no público, bem como a oferta das instituições do privado e cooperativo) de acordo com a DGES. Se compararmos com anos anteriores, pois pensar um fenómeno não pode, apenas, considerar o ano anterior, veremos - a partir dos dados da DGES - que: para 2014/2015, disponíveis **1.985** vagas; em 2013/2014, disponíveis **2.086** vagas; em 2012/2013, as vagas de enfermagem foram **2.668** no ensino público, em 2011/2012, **2.096** vagas de acordo com os dados do concurso nacional de acesso; em 2010/2011, igual ao ano anterior, o total disponibilizado foi de **2.096** vagas; em 2009/2010, existindo 7 cursos com entradas no 2º semestre, o total disponibilizado foi de **2.076** vagas; em 2008/09, os cursos de enfermagem do sistema de ensino público, disponibilizaram **2.147** vagas; em 2007/2008, para o concurso nacional de acesso, 25 cursos com **2.130** vagas; em 2006/2007, ano em que foi recomendado aumentar 10% as vagas, foram disponibilizadas as **3.800** vagas. Assim, no global verifica-se descida, com um aumento em 2012/13, eventualmente associada ao progressivo eliminar das segundas entradas, sendo que as escolas com maior número de vagas mantêm (uma delas desceu) o número desde a fusão de escolas (Lisboa, Porto e Coimbra). Portanto, nos últimos anos, as vagas vieram de 3.800 (em 2006) para 1.985 (para a oferta de 2014). Ou seja, em 2014, 52,2% do que existia em 2006 - em termos lineares, uma descida de 47,8%.

¹¹ De acordo com "2015 em números", nas 3 fases de acesso, foram colocados 2328 estudantes em cursos de Licenciatura em Enfermagem, a que se somam 48 de uma entrada no 2º semestre (Cf. <http://www.dges.mctes.pt/estatisticasacesso/2015/index.php>)



Escolhemos três eixos de análise que são, essencialmente, os pilares da enfermagem: o ensino, o exercício profissional e a investigação, tendo como cenários de fundo os ambientes científico e político e económico.

Mas, em bom rigor, deverão ser cinco, os nossos eixos de pensamento: o ensino, o exercício profissional, a investigação e a regulação profissional.

Apresentamos uma esquemática simplificada para proporcionar alguma visualização das intersecções.

A profissão (assinalada dentro de uma elipse de tracejado azul) inscreve-se no campo da saúde (elipse maior de tracejado azul). O ensino de enfermagem (assinalada com uma elipse de traço castanho) inscreve-se no campo do ensino superior (elipse maior de tracejado castanho).

Uma parte destas elipses sobrepõe-se (entre os dois traços tracejados verdes) quer pela participação dos profissionais na formação dos estudantes, quer pelas parcerias entre escolas e instituições prestadoras de cuidados de saúde, quer pela relação entre os dois territórios (o do ensino superior e o da saúde) no que respeita à investigação e à clínica.

Dois panos de fundo são constituídos pelo ambiente político-económico e pelo ambiente científico,

reconhecendo-se uma relação entre as dimensões político-sociais, sócio-económicas e socio-culturais (formando um triângulo tracejado, cujo vértice entrecruza o espaço de sobreposição das elipses (entre os traços verticais verdes).

Difícilmente algum desenho ou diagrama, mesmo que em três dimensões (o que não é o caso), representaria a ligação de tão complexa realidade, que articula mundos (do ensino, da profissão, do trabalho, da saúde) mais ou menos estruturados em ambiente fluidos, que afetam essas estruturas.

Simplifiquemos, portanto, fazendo uma abordagem sucessiva e separada aos eixos em análise (ainda que uma leitura global tenha de os articular e apreciar das implicações recíprocas).

2. O Ensino de Enfermagem

Primeiro eixo de análise: o ensino de enfermagem.

Ou, se preferirmos, o desenvolvimento e as opções estratégicas do futuro da enfermagem no que diz respeito ao ensino e, conseqüentemente, à formação para a atividade profissional (atualmente, licenciatura), para a atividade especializada (cursos de pós-licenciaturas, hoje maioritariamente mestrados em áreas clínicas especializadas) e ao longo da vida

(dimensão de atualização em contexto mas também equacionável como eventual critério de recertificação).

Existem muitos documentos¹², emanados por diversas entidades, relativos ao futuro da educação em enfermagem - assunto que parece ter ocupado considerável atenção nas últimas décadas.

Em Portugal, estão disponíveis várias teses e estudos sobre a perspetiva histórica do ensino de enfermagem e artigos sobre a atualidade; uma visão para o futuro foi desenhada em 2008, sob a iniciativa da Ordem dos Enfermeiros, com um grupo alargado e painéis de representantes, de que resultou o *Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem (2008-2012)*¹³.

Retomamos a **análise SWOT** constante neste documento, especialmente no que diz respeito a ameaças¹⁴ e oportunidades¹⁵ (resultam da análise do

ambiente contextual e transacional) mas também aos pontos fortes¹⁶ e fracos¹⁷.

Consideramos que a maior parte dos tópicos permanece, sendo que alguns perderam¹⁸ pertinência, enquanto outros ganharam acuidade e relevância.

Partindo das **ameaças** listadas, pensando a atualidade, colocamos agora:

Ensino de Enfermagem; 2. Reconhecimento político da necessidade de qualificação dos portugueses; 3. Reconhecimento socio-político da enfermagem como profissão intelectual e científica (CNP); 4. Investimentos na formação e capital humano (QREN); 5. Desenvolvimento de políticas e processos de melhoria contínua da qualidade quer no ensino superior, quer no sistema de saúde; 6. Reforço da lógica de formação ao longo da vida; 7. Crescimento da procura por novos públicos, ao nível da formação inicial, especificamente os maiores de 23; 8. Fluidez dos campos de articulação entre os diferentes profissionais da saúde e o modo como se configura a área de exercício de cada um; 9. Reconfiguração dos modelos de organização e de prestação de cuidados de saúde; 10. Possibilidades de alargamento da oferta formativa (em novas áreas, formal e informal, novas metodologias); 11. Possibilidade de formular padrões de formação inicial; 12. Implicações das necessidades de saúde da população, actuais e projectivas, para a formação pré e pós graduada; 13. Crescente exigência social de cuidados de qualidade; 14. Complexificação dos cuidados e das formas de intervenção, relevando-se os Cuidados de Saúde Primários (CSP); 15. Reconfigurações dos contextos e novas exigências, com identificação de áreas de intervenção autónoma dos enfermeiros, a requererem sustentabilidade científica e técnica; 16. Desenvolvimento das tecnologias e resultados das suas aplicações no ensino e na profissão." (p.42).

¹² Referem-se: uma parte do relatório do Institute of Medicine (*The future of Nursing*, 2010), os relatórios da American Association of Colleges of Nursing (*Shaping the Future of Nursing Education*, 2011), os documentos produzidos pela European Association of Nursing Educators, pela Willis Commission on Nursing Education (*Quality with compassion: the future of nursing education*, 2012).

¹³ Ordem dos Enfermeiros (2008) Plano estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012. Coordenação de M^a Teresa Marçal e Lucília Nunes. Lisboa. ISBN: 978-989-96021-5-1. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/2008_plano_eeenfermagem.pdf e http://www.ordemenfermeiros.pt/english/Documents/StrategicPlanforNursingEducation2008_2012.pdf

¹⁴ Estão listadas as seguintes **ameaças**: "1. Pouca visibilidade do contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações; 2. Inexistência de mecanismos que articulem a investigação desenvolvida nos diferentes contextos (politécnico, universitário, unidades de investigação e clínica); 3. Aparecimento de CET na área da saúde de modo desarticulado; 4. Evolução do sistema de financiamento de ensino superior – constrangimentos para as instituições e dificuldades para as famílias; 5. Não inscrição de enfermagem como domínio do conhecimento para os financiamentos da FCT; 6. Disposições decorrentes da Directiva 2005/36/CE –para o reconhecimento das qualificações; 7. Alterações na procura, consequentes a baixo nível de sucesso escolar no secundário; 8. Limitação da actuação das IES, do subsistema politécnico, no âmbito da oferta formativa (prévia aprovação pela Tutela ou Agência de Acreditação); 9. Insuficiência da qualificação existente face à actual exigência de doutorados no corpo docente (julga-se alterável nos próximos 5 anos, pelo aumento de doutorados); 10. Aumento dos encargos financeiros conforme as opções do ciclo de estudos exigível para acesso à profissão; 11. Existência de assimetrias na estrutura de ciclos e graus, no acesso à profissão, na esfera das profissões reguladas da saúde e na mesma área de profissões intelectuais e científicas; 12. Apetecibilidade do mercado para embaratecer a força de trabalho qualificada; 13. Formação pós-graduada em Enfermagem, não conferente de grau, não contribui para o reconhecimento da qualificação dos profissionais portugueses." (p. 42)

¹⁵ Estão listadas as seguintes **oportunidades**: "1. Acordo com o Ministério/Governo quanto à formulação de um Plano estratégico para o

¹⁶ Estão listados os seguintes **pontos fortes**: "1. Enquadramento regulador da profissão; 2. Existência de perfis de competências, que regulando a profissão, identificam o perfil de saída da formação; 3. Proximidade entre as IES e a OE, no sentido do desenvolvimento da disciplina e da profissão; 4. Desenvolvimento da investigação em enfermagem em ligação às práticas clínicas; 5. A evolução dos modelos curriculares e que foi extensamente trabalhada com as condições da realidade; 6. Os actores essenciais ao ensino – docentes - procuraram sempre a qualificação mais elevada para a função; 7. Capacidade de criar sinergias e de intervenção socioprofissional; 8. Capacidade organizativa - necessária, por exemplo, para unir os centros de investigação e criar redes; 9. consensos sobre a importância do desenvolvimento e do papel vital que a investigação, nomeadamente a clínica, deve assumir." (p.24).

¹⁷ Estão listados os seguintes **pontos fracos**: "1. Escassez de divulgação dos resultados e do desenvolvimento dos projectos no terreno das práticas de cuidados; 2. Déficit na utilização e mobilização dos resultados de projectos de desenvolvimento em contextos de práticas clínicas; 3. Dissenso quanto ao subsistema em que se inscreve a enfermagem e quanto ao grau para acesso à profissão; 4. Diversidade de opiniões quanto às relações a estabelecer entre o percurso académico e profissional; 5. Dificuldades nas condições de suporte aos processos de ensino clínico – dos espaços de EC, preparação dos orientadores dos estudantes, sobrecarga dos ratios orientador/estudante; 6. Alguma fragmentação nos esforços de desenvolvimento; 7. Percursos dos enfermeiros e dos professores, em carreiras estanques e percursos afastados; 8. Distanciamentos - dos docentes em relação aos contextos de cuidados e dos enfermeiros da prática clínica em relação à investigação - influenciados pelo enquadramento legal e pelo percurso histórico."(p.24).

¹⁸ É o caso do item 8 das ameaças, o 1. das oportunidades, o 4 dos pontos fracos e 6 dos pontos fortes, na generalidade pelo próprio contexto atual do ensino superior.

1. Pouca visibilidade do contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações, atravessando todas as áreas de atuação profissional, designadamente a clínica, a gestão e a investigação;

2. Inexistência de mecanismos que articulem e rentabilizem a investigação desenvolvida nos diferentes contextos (ensino, unidades de investigação e atividade clínica);

3. Fragilidades do sistema de ensino pela desarticulação da oferta formativa e da procura, eventualmente agudizadas pela provável desregulação da oferta formativa de nível 5;

4. Tendência (e apeteçibilidade) do mercado para embaratecer a força de trabalho qualificada, sem existir um processo de reconhecimento das qualificações profissionais, por exemplo na carreira de prestação de cuidados;

5. Inércia governativa quanto a beneficiar os cidadãos pelo investimento nacional na formação e/ou a impedir a saída dos mais qualificados, assim como em proceder a um planeamento estratégico com as profissões autoreguladas da saúde;

6. Degradação das condições de suporte ao ensino público (as alterações no sistema de financiamento) assim como ao serviço nacional de saúde, com focos no sub-financiamento e na redução de acessibilidade.

Das oportunidades, identificamos:

1. Compromisso político na qualificação dos portugueses, materializado no Acordo de parceria¹⁹ Portugal 2020;

¹⁹ PORTUGAL 2020 – Acordo de parceria 2014-2020. "a intervenção das políticas públicas neste domínio deve ter como prioridades a resposta a três grandes domínios de constrangimentos: i) o nível médio das qualificações da população adulta e jovem, associada à generalização tardia da escolarização mais intensa da população portuguesa face à generalidade dos países mais desenvolvidos (que se reflete num atraso histórico neste domínio), à reduzida participação da população adulta em atividades de educação e formação certificada e à persistência de elevados níveis de abandono escolar precoce por parte dos jovens (apesar da descida acentuada deste indicador na última década); ii) a qualidade e eficiência do sistema de educação/formação; e iii) o ajustamento entre as qualificações produzidas e as procuradas pelo mercado de trabalho. O aumento de qualificações da população jovem e adulta coloca exigências diferenciadas em função de públicos-alvo específicos. (...) A aposta no reforço das qualificações assume um duplo

2. Desenvolvimento de políticas e processos de melhoria contínua da qualidade quer no ensino superior, quer no sistema de saúde;

3. Imprescindibilidade dos enfermeiros nos territórios da saúde, materializada nas reconfigurações dos modelos de prestação de cuidados;

4. Reconfiguração dos modelos de organização e dos contextos de prestação de cuidados de saúde, com identificação de áreas de intervenção autónoma dos enfermeiros e compreensão de que é importante desmedicalizar a saúde;

5. Reforço da lógica de formação ao longo da vida;

6. Valorização da relação entre a investigação e a atividade profissional em todos os campos, com especial relevo nas ciências da vida e da saúde.

	Oportunidades	Ameaças
Análise externa	1. Compromisso político na qualificação dos portugueses; 2. Desenvolvimento de políticas e processos de melhoria contínua da qualidade; 3. Imprescindibilidade na saúde 4. Reconfiguração dos modelos de organização e dos contextos de prestação de cuidados de saúde 5. Reforço da lógica de formação ao longo da vida 6. Valorização da relação entre a investigação e a atividade profissional	1. Pouca visibilidade do contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações 2. Escassez de mecanismos de renatibilização da investigação 3. Fragilidades do sistema de ensino 4. Embaratecimento da força de trabalho qualificada 5. Inércia governativa quanto aos recursos humanos na saúde 6. Degradação das condições de suporte à clínica, ao ensino e à saúde.

No ambiente contextual e transaccional reconhecemos uma imagem (representação) social da profissão que afecta os processos de negociação laborais e profissionais. E conflitua com o reconhecimento material da imprescindibilidade dos enfermeiros nos cuidados de saúde.

objetivo, o aumento do nível de escolaridade da população e a melhoria do ajustamento entre as qualificações existentes no país e a procura de qualificações pelo mercado de trabalho."(p.48) <http://www.portugal.gov.pt/media/1325391/20140131%20acordo%20parceria%20portugal%202020.pdf>.

Quanto a **pontos fortes**, internos à profissão, assinalamos:

1. Regulação profissional para o acesso, exercício e desenvolvimento da profissão, quer no que respeita ao Regulamento do exercício profissional quer ao Código Deontológico;

2. Perfis de competências definidos, permitindo configurarem claramente o que se espera dos profissionais e os percursos de desenvolvimento, designadamente dos especialistas;

3. Capacidade organizativa interna, mesmo que abalada pelo ambiente social;

4. O sentido de serviço na prestação de cuidados de qualidade à população;

5. A capacidade de exigir a dignificação da profissão e desenvolver alianças entre organizações e entidades dentro da profissão;

6. O desenvolvimento centrado na clínica, com valorização dos resultados na prestação de cuidados.

Quanto a **pontos fracos**, na nossa perspetiva, emergem:

1. Dissensos quanto ao subsistema em que se inscreve a enfermagem;

2. Diversidade de opiniões quanto às relações a estabelecer entre os percursos académico e profissional;

3. Fragmentação nos esforços de desenvolvimento e investigação;

4. Distanciamentos - dos docentes em relação aos contextos de cuidados e dos enfermeiros da prática clínica em relação à investigação;

5. Desmobilização e perda de confiança num horizonte positivo (há muito quem refira desmotivação, neste sentido de não estar motivado para investir, nas circunstâncias quotidianas, e a expressão «desmotivado» tornou-se corrente).

Desta SWOT pode emergir uma formulação de objetivos estratégicos e dinâmicas que visem tirar o máximo partido dos pontos fortes para aproveitar as oportunidades e minimizar as ameaças, assim como

estratégias que reduzam os pontos fracos e permitam fazer face às ameaças, maximizando forças e oportunidades.

	Pontos fortes	Pontos fracos
Análise interna	1. Regulação profissional 2. Perfis de competências definidos dos enfermeiros especialistas; 3. Capacidade organizativa interna; 4. A prestação de serviços de qualidade à população; 5. A capacidade de exigir a dignificação da profissão; 6. O desenvolvimento centrado na prestação de cuidados	1. Dissensos quanto ao subsistema 2. Diversidade de opiniões na relação entre os percursos académico e profissional; 3. Fragmentação nos esforços de desenvolvimento e investigação; 4. Distanciamentos - dos docentes em relação à clínica e dos contextos de cuidados em relação à investigação; 5. Desmobilização e perda de confiança num horizonte positivo.

Voltando à dimensão do ensino, consideremos a **formação de base para o exercício profissional**.

Como se concluiu no estudo de Silva, Magalhães e Nunes, na identificação de temáticas presentes na prática discursiva sobre a formação dos enfermeiros, "a integração no ensino superior constitui uma referência muito presente ao longo do discurso dos enfermeiros sobre a formação de base e especializada"²⁰ e "a centralidade da temática do desenvolvimento científico e da construção disciplinar da enfermagem na estruturação do papel das instituições de ensino de enfermagem. Esse papel converge para um enquadramento no ensino universitário."

Todavia, na formação inicial, o ensino de enfermagem está no subsistema politécnico. O que deixa aqui uma diferença entre o lugar onde está e aquele a que aspira.

Em causa temos uma primeira variável deste eixo, decorrente das opções políticas do percurso da enfermagem no ensino superior, em termos da formação inicial:

²⁰ Silva, Pedro; Magalhães, António; Nunes, Lucília A prática discursiva sobre a formação de enfermeiros em Portugal. Revista de Enfermagem Referência - III, n.º 3. 2011. Pp.131-140 (cit. p. 140).

- ou se mantem no subsistema politécnico
- ou transita para o ensino universitário
- ou pode vir a existir nos dois subsistemas, o que parecendo teoricamente possível e sendo defendido em alguns sectores, criará, a efetivar-se, mais do que uma duplicação na oferta (porque o 1º ciclo seria oferecido no politécnico e no universitário), uma clivagem de dimensão interna e externa à profissão (considerando as diferentes imagens sociais do politécnico e do universitário).

Isto porque não apenas as escolas "não-integradas" (que são do subsistema politécnico como as outras todas) manifestam publicamente a sua vontade de passarem a ser do subsistema universitário como a indefinição política decorrente de se manterem "não-integradas" se torna equívoca e ambígua no sistema binário que temos (ou politicamente se defende que tenhamos).

Em benefício do rigor, importaria não confundirmos a enfermagem com as escolas - porque mais do que algumas escolas serem deste ou daquele subsistema, importa configurar em que subsistema a enfermagem deve estar, em termos da formação inicial.

Quanto ao sistema binário e acreditação dos cursos, admitamos, numa variação pessimista, que possa vir a ser oferecida formação de nível 5 (atualmente, sob a designação de Cursos Técnicos Superiores Profissionais) na área da profissão. O que, mais uma vez, parece teoricamente possível ainda que seja atualmente repudiado por todos os sectores da formação em enfermagem. Considere-se, porém, em contra-corrente, o peso vocacional e técnico-profissional que a enfermagem tem noutros países europeus e as questões do financiamento, para perceber que a formação de nível 5 na saúde se constitui como potencialmente atrativa em alguns sectores da educação terciária, no subsistema politécnico. Mais, a escassez de recursos qualificados no nível 5, na saúde e no setor social, podem bem vir a colocar estes cursos técnicos superiores profissionais

como oferta formativa de sucesso, ainda que, na ausência de regulação profissional, seja altamente discutível a proximidade e, até, sobreposição de competências profissionais.

Consideremos a formação especializada e ao longo da vida. A formação especializada, com expressão nos Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem (CPLEE), veio progressivamente a ser oferecida em formato de curso de mestrado, com possibilidade de aquisição do grau de mestre. Atualmente, a maioria das instituições de ensino superior passou a oferecer mestrados, em detrimento dos CPLEE, o que nos parece fazer todo o sentido, pela qualificação que reconhece e pela relação entre desenvolvimento académico e profissional. Todavia, importa perceber se nos contextos clínicos é diferenciável a existência de especialistas até porque, na realidade académica dos últimos anos, a procura dos mestrados tem vindo a decrescer - quer pelas dificuldades económicas que o país atravessa, pela priorização daquilo em que se gasta dinheiro assim como pela inexistência de relação entre o título profissional e diferenciação na carreira.

Todavia, uma compreensão possível é que os enfermeiros prefeririam que ao título e categoria, correspondesse uma maior diferenciação académica, considerando que o acesso à profissões e faz com o grau de licenciado.

Finalmente, ainda neste eixo de análise, consideremos brevemente as questões da acreditação. Na sequência da implementação do processo de Bolonha e da alteração do paradigma nos processos de ensino-aprendizagem, emergiram os processos de avaliação e acreditação dos cursos e, em Portugal, foi criada a Agência de Avaliação e Acreditação dos Cursos do Ensino Superior (A3ES)

Numa etapa inicial, as creditações foram designadas por "preliminares" a cursos em funcionamento; a seguir, os critérios para "novos cursos" foram enunciados com requisitos em termos de

corpo docente próprio, especializado e qualificado; as creditações dos cursos em funcionamento, a decorrerem a partir de 2014 e de 2015, seguindo um guião igual para o subsistema politécnico e universitário. Não se antevê, com alguma certeza, se estas creditações conduzirão a redução do número de cursos, ainda que essa seja uma real possibilidade. Perspetivas mais otimistas (ou menos rigorosas) afirmam que nada acontecerá de diferente; os mais pessimistas (ou mais realistas, quanto ao papel de uma avaliação crítica) consideram que a acreditação pode constituir-se como instrumento para o encerramento de cursos e, em consequência, maior racionalidade da rede. Tenhamos em conta que, em 2014, o acesso ao ensino superior dispunha de vinte e um cursos no sistema público e outros tantos no privado e cooperativo.

Em síntese, os **cenários** dos próximos dez anos, no que diz respeito ao ensino, podem ser:

1. Trajectoria mais provável: Enfermagem mantém-se no subsistema politécnico na formação de base para a profissão, 1º ciclo;

1a. Variação otimista: realiza-se planeamento detalhado e formalizado da passagem da formação de 1º ciclo para o ensino superior universitário.

1b. Variação pessimista: é formalizada a formação nos dois subsistemas.

2. Trajectoria mais provável: consolida-se a clivagem entre os dois subsistemas do sistema binário do ensino superior português.

2a. Variação otimista: o subsistema politécnico passa a poder atribuir todos os graus de forma autónoma; aumentam as redes de Instituições de Ensino Superior até à qualificação de nível 8 (e investigação, que será outro eixo de análise);

2b. Variação pessimista: redução da oferta de cursos (especialmente no interior) + reforço dos *numerus clausus*; o subsistema politécnico assegura predominantemente a formação de níveis 5, 6 e 7.

2c. Variação mais pessimista: formação de nível 5 - CTeSP - na área da Saúde e/ou Enfermagem

3. Trajectoria mais provável: os processos de acreditação dos cursos pela A3ES, na harmonização dos critérios dos dois subsistemas, reduzem a oferta formativa no número de cursos (podendo afetar ou não o número de vagas, conforme os cursos creditados mantenham ou possam aumentar as vagas disponíveis);

3a. Variação otimista: é pouco significativa a redução da oferta de cursos, pelo que as vagas disponíveis dependerão das políticas para a área, incluindo as (elevadas) necessidades em recursos humanos, fixados no país;

3b. Variação pessimista: a reorganização da rede e a redução da oferta formativa aparece como consequência de processos de avaliação e acreditação, afetando especialmente as IES do interior do país.

3. O exercício profissional de Enfermagem

Segundo eixo de análise: o exercício da profissão. Ou, se preferirmos, o desenvolvimento e as opções estratégicas do futuro da enfermagem no que diz respeito à atividade profissional, tendo em conta a organização do trabalho, as condições do exercício e os mercados de trabalho.

Primeira vertente de análise: o acesso à profissão.

Entre 1998 e 2008, as formações das profissões autoreguladas no campo da saúde tinham paridade - em todas, se requeria o grau de licenciado. Com a adequação ao processo de Bolonha, a maioria das profissões autoreguladas da saúde passou a ter o grau de mestre (e o ciclo de estudos de mestrado integrado) para o acesso à profissão. Assim, não obstante serem todas profissões autoreguladas no campo da saúde, não existindo paridade no grau de acesso, existe o mesmo plano de requisito de formação de nível superior (no caso dos enfermeiros, desde 1988,

quando o ensino integrou o sistema nacional, com o grau de bacharel). Todavia, na Administração Pública a base do salário não é, para os enfermeiros, conforme ao dos titulares desta formação. O salário não é, apenas, o valor financeiro atribuído ao trabalho; tem, associado, o valor social reconhecido a esse trabalho. Sendo reconhecido que o papel dos enfermeiros, na prestação de cuidados e na organização de serviços é estrutural num Serviço Nacional de Saúde que se quer eficiente e eficaz, continua a ser traço característico deste eixo de análise a não conformidade salarial com a qualificação académica.

Esta é uma variável que gera elevado descontentamento não sendo apenas de natureza económica, ainda que também (e sobretudo) o seja. Se pensarmos nas razões que fundamentam esta injustiça social (pois que os enfermeiros deveriam auferir de acordo com a sua qualificação, há muito tempo, e tal não acontece), provavelmente encontraremos o escasso reconhecimento social (de que decorre o económico) do serviço que prestam assim como a incapacidade negocial para repôr uma situação de equidade.

Segunda vertente de análise: os mercados de trabalho.

Podemos considerar o mercado interno (em que os enfermeiros têm trabalho em Portugal) e o mercado externo, em que a oferta de trabalho para os enfermeiros abunda noutros países.

Tenhamos em conta que a relação entre o discurso político e a realidade do mercado interno de trabalho é paradoxal - por um lado, é afirmado o "crescimento do nível de exigência na formação em enfermagem, o que nos orgulha e é reconhecido fora de Portugal."²¹; por

outro lado, a escassez de oferta de trabalho e/ou a progressão tem levado enfermeiros recém-licenciados e enfermeiros com experiência a emigrarem e procurarem trabalho fora do país. Como já afirmámos noutros contextos²², estamos a formar enfermeiros para a prestação de cuidados de elevado nível a cidadãos da Europa. O que levantará, necessariamente, a interrogação sobre os cuidados de enfermagem disponíveis em Portugal.

Notemos que poderia ser diferente apenas os recém-licenciados emigrarem - haveria quem imputasse a uma formação superior às necessidades e poderia ser questionada a relação entre custos (da formação) e benefícios para os que suportam essa formação (na generalidade, os cidadãos portugueses); mas a realidade dos últimos dois anos é de saída não só dos recém-licenciados mas também dos enfermeiros entre os oito e os quinze anos, em etapa de desenvolvimento (portanto, um grupo profissional qualificado e experiente), a quem são oferecidas melhores condições de trabalho e de vida noutros países.

O campo da saúde tem sido alvo de atenção, de análise e de relatórios, especialmente nos últimos anos. Destacamos

*Um futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar*²³, *Saúde - Síndrome de negação*²⁴, *O*

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/mini-sterio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/enfermagem+temos.htm>

²² Cf. Os enfermeiros dos Outros, reportagem de Rita Colaço. <http://www.observatorioemigracao.secomunidades.pt/np4/3904.html>

²³ O Relatório "Um Futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar" foi apresentado 23 de setembro de 2014. Ao longo de sete capítulos, o estudo desenvolve-se com base nos pontos fortes do sistema atual, na competência dos profissionais e nas realizações do passado, exigindo novas abordagens, uma infraestrutura diferente e uma base de custos inferior e mais sustentável. O Relatório resulta da iniciativa Health in Portugal: A Challenge for the Future. The Gulbenkian Platform for a Sustainable Health System, lançada em fevereiro de 2013 pela Fundação Calouste Gulbenkian. Para além de Lord Nigel Crisp (presidente), a Comissão que elaborou este Relatório foi constituída por Donald Berwick (EUA), Wouter Bos (Holanda), Ilona Kickbusch (Suíça), João Lobo Antunes, Pedro Pita Barros e Jorge Soares.

²⁴ Observatório português dos Sistemas de Saúde (2014) Relatório da Primavera. Saúde - Síndrome de negação. Lisboa. Disponível em <http://www.observaport.org/RP2014>.

²¹ Discurso do Ministro da Saúde. "Tem sido evidente o crescimento do nível de exigência na formação em enfermagem, o que nos orgulha e é reconhecido fora de Portugal. Sabemos bem como é difícil e trabalhosos entrar nas nossas escolas de enfermagem. Reconhecemos que somos confrontados com a emigração de licenciados em enfermagem, mas num mundo global e num espaço europeu de livre circulação esse seria sempre o corolário natural de quem produz bens de grande qualidade, e eminentemente exportáveis, como o capital humano de alta diferenciação. Ministro da Saúde,"

*futuro do sistema de saúde português - Saúde 2015*²⁵ e *Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal*²⁶.

Parece claro que têm de existir mudanças, quer em termos de organização, quer de resposta às necessidades em cuidados de saúde.

Tem sido assumido, ao mais alto nível²⁷, que é imperioso implementar uma rede de prestação de cuidados integrada, que responda de forma integral, coordenada e multidisciplinar às necessidades em cuidados e que se foque na prevenção e na proximidade.

Múltiplos documentos (e indicadores) demonstram que há necessidades em cuidados de Enfermagem dos cidadãos portugueses que não estão a ser satisfeitas, pelo que não há justificação aceitável para a não inclusão dos enfermeiros no mercado de trabalho. Mais ainda se considerarmos os potenciais de desenvolvimento dos cuidados de proximidade (de que são exemplos os Cuidados de Saúde Primários, a Saúde Escolar, a Enfermagem do Trabalho) e os modelos de prestação de cuidados (de que pode ser

exemplo o enfermeiro de família ou o enfermeiro na equipa de cuidados paliativos na comunidade).

É, para nós, clara a imprescindibilidade de enfermeiros, competentes, qualificados, próximos dos contextos em que as pessoas vivem, acompanhando as etapas e transições do ciclo de vida.

No que diz respeito a dados estatísticos, podemos recorrer aos dados fornecidos pela OCDE em *Health at a Glance 2013 - OCDE Indicators*²⁸ ou ao relatório da Comissão Europeia, *Europe 2014*²⁹.

Os dados do Relatórios OECD 2014, no que respeita a recursos humanos, considerando os enfermeiros ("professional nurse (or one category of nurse only)" e os associados³⁰ à profissão, reporta um rácio de 5.8 enfermeiros/1000 habitantes, sendo a média da OECD de 8 - portanto, mais de 2 enfermeiros a menos por cada mil habitantes.

O rácio enfermeiro/médico, em Portugal (2012) situou-se em 1,4 - um número significativamente abaixo da média dos países da União Europeia, 2,3.

Não dispomos (que saibamos) de um estudo³¹ de evolução prospectiva da profissão, mas temos dados oficiais e uma *Norma de Cálculo de Dotações*³² e podemos fazer uma comparação com o necessário nas unidades de cuidados atualmente disponíveis (com considerável margem de erro, pois alguns sectores de cuidados, como a saúde mental, não constam na norma). Os números apontados dir-nos-iam da diferença cuidados, como a saúde mental, não constam na norma).

²⁵ «O futuro do sistema de saúde português "Saúde 2015"», prefácio de Ana Escoval e Manuel Delgado, reuniu um conjunto de reflexões, nas mais diversas áreas, sobre o futuro da Saúde em Portugal e contou com a colaboração de especialistas como Albino Aroso, António Rendas, Constantino Sakellarides, Daniel Serrão, Esaú Dinis, Francisco George, João Cordeiro, João Gomes Esteves, João Lobo Antunes, Jorge Simões, José Aranda da Silva, José Carlos Lopes Martins, José Pereira Miguel, Luís Pisco, Manuel Antunes, Manuel Sobrinho Simões, Maria Augusta de Sousa, Maria de Belém Roseira, Nuno Grande, Paulo Mendo, Pedro Nunes, Pedro Pita Barros, Vasco Reis e Vítor Melícias. Editado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar em parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, teve o patrocínio da Fundação Calouste Gulbenkian (publicado em 2006).

²⁶ «Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal», com prefácio de Daniel Serrão, reúne os "olhares" de João Varandas Fernandes, Pedro Pita Barros e Adalberto Campos Fernandes. Publicado pela Principia Editora, em 2011.

²⁷ Macedo, Paulo (2012) «SNS: Assegurar o Presente para Proteger o Futuro.» Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, n.º 8, Novembro 2012, p. 4-5. "O elemento central da reforma do sistema de saúde é o reforço de uma rede de prestação de cuidados integrada, que dê resposta aos problemas de saúde de forma integral, coordenada e multidisciplinar, e que deverá ter o enfoque na prevenção e nos cuidados de proximidade. A integração de cuidados é um meio para garantir mais racionalidade na prestação e utilização dos serviços de saúde, seja através da redução do número de actos e procedimentos desnecessários, seja através de um maior investimento na opção ambulatorio, ou através do processo de prestação de serviços centrado nos cuidados primários. (...) É necessário integrar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, rever os padrões e os critérios de referência de doentes, integrar a informação dos utentes, definir quem envolver no plano de cuidados e até rever os perfis de competências dos profissionais."

²⁸ Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

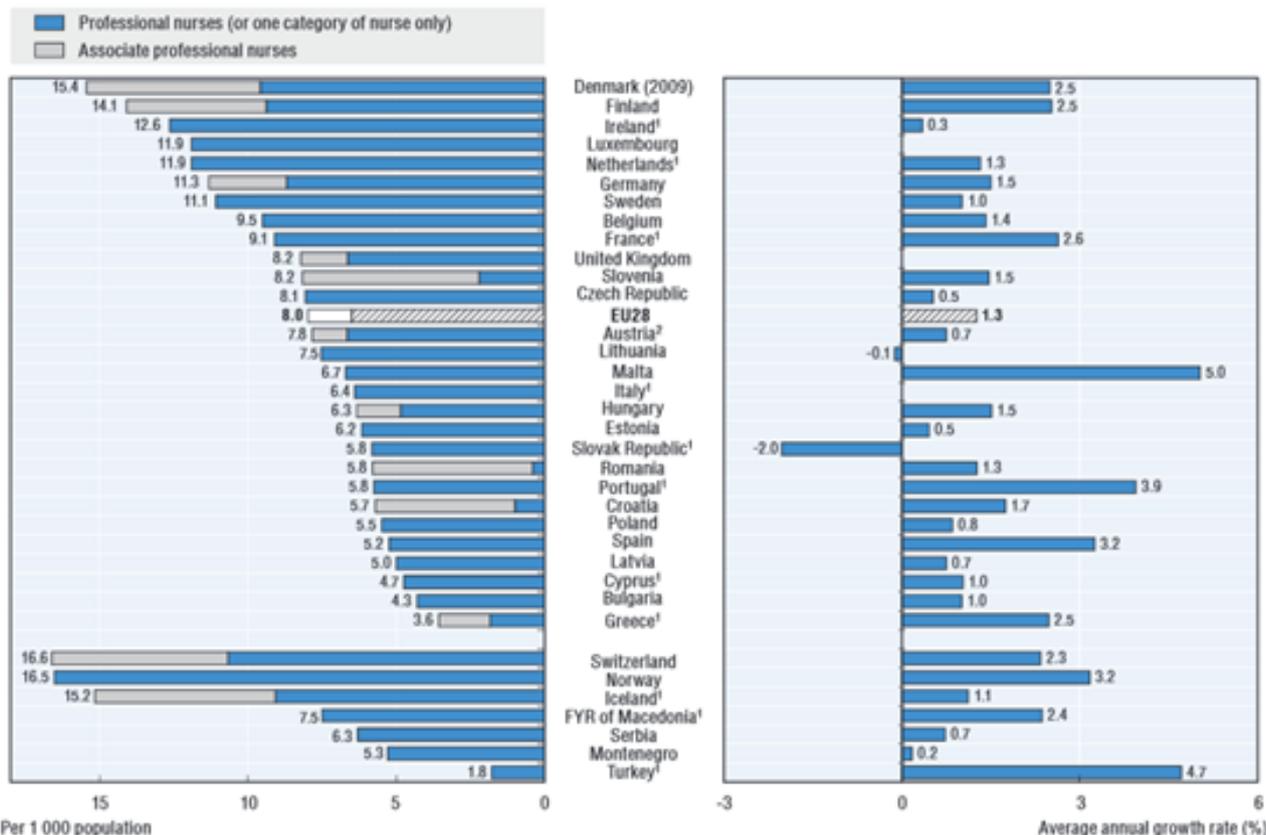
²⁹ http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2014_en.htm

³⁰ Os indicadores da OECD consideram como "associate professional nurse" os "Assistant nurse", "Enrolled nurse" e "Practical nurse".

³¹ Cf. *Relatório Final do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde*, elaborado pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos, coordenação de Paula Santana e equipa técnica com Helena Peixoto, Adriana Loureiro, Cláudia Costa, Cristina Nunes e Nuno Duarte, junho, 2013, disponível em http://www.medicointerno.com/Documents/Estudo%20Evolucao%20Prospectiva%20Medicos_Relatorio%20Final.pdf

³² Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enferragem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

3.3.1. Practising nurses per 1 000 population, 2012 and change between 2000 and 2012 (or nearest year)



1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
 2. Austria reports only nurses employed in hospital.
 Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database; WHO Europe Health for All Database.

Gráfico OECD, 2014, p.67

Os números apontados dizem-nos da diferença entre o necessário e o existente mas falta a gestão previsional, da resposta às necessidades, previsíveis e dinâmicas, da população. E, sendo necessários, os enfermeiros nos últimos anos foram saindo do país.

Em 2014, de acordo com o balanço divulgado pela Ordem dos Enfermeiros, 2.082 enfermeiros pediram à Ordem a “Declaração das Diretivas Comunitárias” para trabalhar no estrangeiro em 2014. Foi no Sul que foram registados mais pedidos (1.009), a que se seguiu o Centro (617), o Norte (345), a Madeira (82) e os Açores (29). Ainda assim, em 2014 quebrou-se a tendência de crescimento que se mantinha desde, pelo menos, 2010, tendo emigrado menos 17,3% enfermeiros do que em 2013 (quando se verificaram 2.516 pedidos). Nas preferências dos enfermeiros que emigram estão a Inglaterra, a França, a Bélgica, a Alemanha, a Suíça e a Irlanda, por esta ordem.

E vão os que estão em início de carreira e os que têm entre 30 e 40 anos de idade, experientes, muitos altamente qualificados em termos clínicos. Um êxodo com características particulares, diríamos.

O que nos leva à **terceira vertente em análise: o escopo das atribuições profissionais.**

Ou, se preferirmos, o desenvolvimento da *praxis* profissional e das atribuições que correspondem às competências preconizadas de acordo com os títulos de enfermeiro e de enfermeiro especialista.

Aqui entram dois tópicos potencialmente polémicos, a saber, o desenvolvimento do especialista e/ou a designada "prática avançada" e a prescrição por enfermeiros.

Aos enfermeiros está, de há muito, atribuída formalmente a autoridade para prescrever. A prescrição de Enfermagem pode ser definida como o conjunto de

medidas escolhidas pelo enfermeiro, que dirigem a sua intervenção, de forma individualizada e contínua, objectivando a prestação de cuidados de enfermagem, na proteção, promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde de um cliente ou grupo. Perante um cliente competente e capaz para decidir, todo o projecto de intervenção é com ele planeado, no sentido de promover a sua adesão.

Entendendo a **prescrição** de enfermagem como o acto de determinar uma orientação para o cuidado, o tratamento ou a avaliação (diagnóstica ou final), parece claro que se distinguem vários tipos de **prescrição**:

a) de cuidados, apresentada ao cliente numa relação de parceria e promovendo a sua adesão ao projecto proposto; incluída na etapa de planeamento, tendo como base os diagnósticos de enfermagem e um conjunto de resultados esperados acordados entre enfermeiro e a pessoa/grupo;

b) de exames complementares, no sentido de proporcionar elementos para a avaliação diagnóstica ou a avaliação das intervenções de enfermagem. Aqui estamos a pensar na avaliação objectiva das intervenções de enfermagem realizadas, podendo constituir exemplos a prescrição de RX tórax após a realização de cinesiterapia respiratória ou a realização de cardiocografia na gravidez. Está relacionada com o campo de intervenção do enfermeiro especialista;

c) de dispositivos e ajudas técnicas – determinar, atendendo à situação concreta da pessoa, que dispositivos médicos e ajudas técnicas são adequados;

d) de terapêutica farmacológica em situação de emergência – de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “com vista à recuperação e manutenção das funções vitais”;

e) de tratamentos envolvendo terapêutica farmacológica, como é o caso da realização de pensos;

f) e a decisão de implementação de protocolo ou plano, sendo que da existência de protocolos

(enquanto prescrição diferida no tempo) decorre a decisão de enfermagem relativa à sua execução num dado caso concreto, podendo tratar-se de protocolos padrão – como o Plano Nacional de Vacinação ou protocolos terapêuticos existentes para traumatizados vertebro-medulares - ou específicos para a pessoa – como é o caso da prescrição de terapêutica em SOS.

Destes tipos de prescrição, três fazem parte do quotidiano dos enfermeiros [prescrição de cuidados, prescrição de terapêutica farmacológica em situação de emergência e decisão de implementação de protocolo ou plano] e os outros três carecem de ser aprofundados, em articulação com a operacionalização das competências dos enfermeiros especialistas [prescrição de exames complementares, de dispositivos e ajudas técnicas e de tratamentos envolvendo terapêutica farmacológica].

Situações como a continuidade de prescrição em situação de doença crónica, de evolução prolongada ou terapêutica paliativa, poderiam ser matéria de protocolos nacionais. Mas note-se, desde logo, que nesses protocolos deverão estar incluídos os meios de avaliação diagnóstica e terapêutica (por exemplo, um protocolo de administração de estabilizadores do humor ou neurolépticos carece de doseamento analítico regular tal como em situações de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 se requer a avaliação da hemoglobina glicosilada). O que não faz sentido é o enfermeiro ter de solicitar uma tarefa de prescrição médica para avaliação da sua intervenção. Ou, como acontece noutros países, o enfermeiro prescrever com menor participação do sistema ou de acordo com a decisão da entidade empregadora. Parece-nos ajustada à realidade nacional e considerando a regulação profissional a prescrição por enfermeiros, no aprofundamento das suas competências de enfermeiros especialistas.

Na verdade, as escolhas dos escopos profissionais diferem nos diversos países, de acordo com as necessidades e as realidades. Quando se tornou claro

para o International Council of Nurses que havia uma área de desenvolvimento da acção dos enfermeiros, em algumas zonas do mundo, a adquirir traços muito próprios daqueles contextos (e estamos a evocar os casos da Austrália, da Nova Zelândia, da Irlanda, do Reino Unido, dos EUA, do Canadá) e em que se começava a afirmar a figura do «**nurse practitioner**», foi preparado um documento³³ sobre os modelos diferentes de prescrição farmacológica, por enfermeiros, no mundo inteiro.

Mas a realidade de cada país é a sua. A regulação varia de país para país – a de enfermagem e a das outras profissões da saúde. Em Portugal, quando discutimos prescrições por enfermeiros, estamos a discutir o quê?

³³ Nesse documento, os vários modelos de envolvimento dos enfermeiros na prescrição farmacológica são sintetizados em quatro: 1. *Independente/ autónomo/ prescritor substitutivo* - o profissional de saúde responsável por prescrever assume plena responsabilidade na avaliação de um cliente, fazendo geralmente um diagnóstico diferencial, a partir de um conjunto de possibilidades sugeridas pelos sinais e sintomas, determina a adequação de uma medicação, tratamento ou dispositivo e emite a prescrição. Nos países em que os enfermeiros prescrevem independentemente, podem fazê-lo a partir de um formulário limitado (um número limitado e definido de drogas e medicação, como na Suécia) ou de um formulário aberto (como em muitos estados nos Estados Unidos da América). Tenhamos em conta que é independente a partir de um formulário pré-definido. 2. *Dependente / Complementar / Suplementar / Colaborativo ou Semi-autónomo*. Um enfermeiro pode prescrever de modo “dependente”, trabalhando em colaboração com um prescritor independente (habitualmente, um médico) mas não sendo necessária supervisão directa. Pode prescrever a partir de um formulário aberto ou limitado, em colaboração ou em consulta com o prescritor independente. Em alguns casos, pode incluir uma forma conjunta de gestão clínica dos cuidados, que inclui uma lista de drogas que podem ser prescritas a um doente específico. Trata-se, em termos de características, de suplementar uma prescrição anterior. 3. *Grupos de protocolos/ grupo de doentes com directrizes orientadoras/grupo de prescrições*. O protocolo é definido como “uma instrução escrita específica para o fornecimento e a administração de medicação numa situação clínica identificada”. Pode ser redigido localmente por médicos e aprovado pelos empregadores, que recebem os pareceres/recomendações das organizações profissionais. Aplica-se a grupos de doentes na mesma situação específica – note-se que o uso de protocolos não deve ser visto como “independente” pois permite que os enfermeiros actuem, prescrevam medicação, nos termos do protocolo pré-determinado. Antes das alterações legislativas, o grupo-protocolo tinha sido extensamente utilizado na Grã-Bretanha (1997), Austrália (1998) e Nova Zelândia. 4. *Protocolos de doentes específicos*. Usados no Reino Unido, pelas enfermeiras de psiquiatria na comunidade, especialistas de diabetes e enfermeiros em cuidados paliativos. Tipicamente, consiste numa prescrição médica, escrita por um médico, que fornece os detalhes da prescrição e não pode ser modificada pela enfermeira, ainda que possa ser renovada. Cf. International Council of Nurses. Implementing Nurse Prescribing. An Updated Review of Current Practice Internationally. Developed by Jane Ball for the International Council of Nurses. 2009. Geneva, Switzerland. ISBN: 978-92-95065-84-0.

Ou se trata das competências dos especialistas e das necessidades dos cidadãos, pensando em termos de enfermagem, das ferramentas, dos instrumentos, dos espaços que precisamos para garantir o que melhor sabemos fazer, que é ajudar as pessoas a viver melhor a dimensão de saúde das suas vidas. Ou se discute transferência de tarefas, dos médicos para os enfermeiros.

Vários países têm feito experiências de recombinação de tarefas (*skill mix*) entre médicos e enfermeiros; alguns defendem a delegação de tarefas (*task shifting*); em alguns, atribuiu-se ao enfermeiro o papel de primeiro contacto com o sistema de saúde e legalizou-se a prescrição de alguns fármacos.

Sigamos um pouco o relatório da OCDE, reconhecendo que “os países da OCDE estão em estadios diferentes na implementação de papéis mais *avanzados* para os enfermeiros. Alguns países (por exemplo, os Estados Unidos, Canadá e Reino Unido) têm vindo a utilizar há algum tempo os *enfermeiros de prática avançada* (APN), inicialmente no sector dos cuidados primários, mas, mais recentemente, também em hospitais. Noutros países, o desenvolvimento da prática avançada de enfermagem ainda está na infância”³⁴.

Além de haver uma definição ampla de “prática de enfermagem avançada”, também é possível distinguir, a nível geral, o tipo de atividades que podem ser atribuídos aos enfermeiros de prática avançada e as formas de cooperação entre médicos e enfermeiros.

Neste relatório do ICN são distinguidos dois grandes tipos de actividades dos enfermeiros de prática avançada: (1) a *substituição de tarefas*, em que algumas tarefas anteriormente realizadas por médicos são transferidas para enfermeiros, com a finalidade de

³⁴ OECD (2010) Nurses In Advanced Roles: a description and evaluation of experiences In 12 developed countries. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Health Committee. Health Working Paper No. 54. Marie-Laure Delamaire and Gaetan Lafortune. p.22. Os 12 países relatados são Austrália, Bélgica, Canadá, Chipre, República Checa, França, Irlanda, Japão, Polónia, Reino Unido (Inglaterra) e Estados Unidos. Disponível em <http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en>

reduzir a carga de trabalho dos médicos e reduzir custos; (2) a *suplementação de tarefas*, em que os enfermeiros assumem responsabilidade por novos serviços, por exemplo, como parte de novos programas de gestão de doenças crónicas ou para promover maior qualidade de cuidados. A distinção entre a substituição e a suplementação de tarefas nem sempre é clara - porque mesmo na transferência de tarefas, existe uma diversificação ou intensificação de certas atividades (mais tempo na educação para a saúde, por exemplo).

Também distinguem dois tipos de consultas *avanzadas* de enfermagem: (1) consultas mais intensivas ou extensivas, fundamentadas na teoria e prática de enfermagem, envolvendo uma maior especialização na área e (2) consultas do tipo médico, que geralmente envolvem a substituição de tarefas - neste tipo de consulta, são pedidos exames e diagnósticos que, noutros países, seriam realizados exclusivamente por médicos. Estas consultas do tipo médico pode ser realizado com ou sem a supervisão de um médico - se são realizadas sob a supervisão de um médico, podem ser consideradas um "falso papel avançado".

As formas de coordenação entre médicos e enfermeiros de prática avançada podem ser diferentes: hierárquicas (sob a supervisão de um médico), com graus variáveis de autonomia, ou não-hierárquicas (enfermeiro de prática avançada que trabalha de forma autónoma, sem ser sob a supervisão de um médico).

Naturalmente, uma *revisão de competências das profissões* tem de ser antecedida por avaliações - pelo menos, da eficiência, da segurança e, muito relevante, da exequibilidade política e organizacional.

Por um lado, as competências podem estar definidas (por exemplo, no caso dos enfermeiros especialistas em Portugal) mas não terem exequibilidade plena. Por outro lado, o desenvolvimento através da atribuição de atividades ou tarefas atualmente reservadas aos médicos não tem um acordo generalizado em nenhuma das profissões -

ou seja, muitos enfermeiros consideram que importa desenvolver a implementação das competências dos especialistas clínicos e muitos médicos opõem-se à plena implementação das competências dos enfermeiros (como o caso da triagem em emergência ou do enfermeiro de família) e dos especialistas (em saúde materna e obstétrica, por exemplo, no acompanhamento de grávidas de baixo risco).

A bem do rigor, as oposições nem são estranhas no contexto nacional nem são originais - o mesmo aconteceu noutros países, como nos Estados Unidos, com a *American Medical Association* a obstaculizar a expansão do exercício da profissão de enfermagem, com o *Advanced Nurse Practitioner*. Todavia, nesses países, como na Austrália, Canadá, houve condições geográficas e de distribuição de recursos de saúde que fundamentaram e potenciaram as escolhas.

Mesmo que exista (e sabemos que existe) espaço de desenvolvimento, e do ponto de vista normativo se regulem perfis de competências, não existindo impedimento real (por exemplo, juridicamente nada impede que os enfermeiros prescrevam exames complementares de diagnóstico, para avaliação das suas intervenções) na realidade não existe espaço organizacional e administrativo para tal.

No nosso contexto e nas realidades das unidades de cuidados de saúde, "os atos de referenciar doentes entre níveis de cuidados, de assinar uma carta de alta, de interpretar os resultados de exames laboratoriais, entre tantos outros, são, face às normas da prática instituída, atos que se inscrevem no âmbito de competências da profissão médica. O que tolhe o enfermeiro na sua realização- seguramente, não a lei."³⁵ Portanto, relevemos a exequibilidade, quer normativo-legal, quer política. Mas notemos que, para uma alteração nos papéis sociais, não se verificam, em Portugal, condições que noutros países estiveram na base do *Advanced Nurse Practitioner*. Dito de outra

³⁵ Marta Temido, Gilles Dussault (2014) Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança Rev. Port. Sau. Pub. vol.32 no.1 março

forma, em Portugal não temos o Alasca nem o deserto da Austrália.

Num percurso rápido pela literatura, anotemos uma análise³⁶ que identificou nada menos que treze diferentes títulos atribuídos à prática avançada de enfermagem, como "nurse practitioner", "advanced nurse practitioner", "nurse consultant", "clinical nurse specialist" entre outros.

Uma revisão sistemática analisou a prescrição de fármacos nos países anglo-saxónicos, sendo explícito que "as condições organizacionais sob as quais os enfermeiros estão autorizados a prescrever medicamentos nos países da Europa Ocidental e anglo-saxónicos são muito menos discutidas na literatura do que as condições educacionais e legais para a prescrição por enfermeiros. No entanto, é claro que a maioria dos países opera algum tipo de sistema de registo obrigatório no qual os prescritores de enfermagem tem que ser registados antes de serem autorizados a prescrever."³⁷

Nma revisão sobre a aceitabilidade em Portugal dos enfermeiros em *papéis avançados*, elencaram-se as condições do processo, como sendo a necessidade dos intervenientes estarem de acordo quanto aos princípios de uma prática avançada, desenvolver um modelo colaborativo de prestação de cuidados, identificar as alterações necessárias no ensino, determinar os aspetos da regulação e certificação (ou credencialização) profissional, estabelecer a estrutura da carreira e o sistema de remuneração para os enfermeiros de prática avançada assim como as organização e acessibilidade dos serviços. "Portugal está no primeiro estadio deste possível processo"³⁸.

Claramente, é preciso analisar os requisitos e os impactos destas alterações no escopo do exercício profissional³⁹. Ter em conta e associar as alterações nos papéis à revisão dos regimes remuneratórios, à existência de novas atribuições e à alteração do escopo do perfil profissional bem como, por mera lógica, a própria substituibilidade de tarefas que os enfermeiros terão de deixar, face a uma expansão dos seus papéis. De onde se coloca, também, que a alocação de novas tarefas aos enfermeiros "terá de ser integrada numa estratégia de análise global da utilização da força de trabalho em saúde, cujo precário equilíbrio parece cada vez mais comprometido num contexto de crise financeira e de reestruturação da oferta em que se intensifica um êxodo preocupante"⁴⁰.

Provavelmente é neste eixo que encontramos dos maiores desafios que devemos colocar, pensando nos cenários dos próximos dez anos.

Em especial se adicionarmos o desenvolvimento académico e a investigação.

Como se afirma no relatório "The future of nursing", "Agora é a hora de eliminar os regulamentos ultrapassados e barreiras organizacionais e culturais que limitam a capacidade dos enfermeiros para a prática em toda a extensão de sua educação, formação e competência"⁴¹. Em Portugal, existem atualmente seis especialidades⁴² clínicas, não obstante as

Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Jan.-Feb.,21(Spec):38-46 . <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/06.pdf>

³⁹ Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., Ganz, F., East, L., Fraser, D., Wong, F., Beauchesne, M., (May 31, 2014) "Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 19, No. 2, Manuscript 5. <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No2-May-2014/Advanced-Nursing-Practice-Worldwide.html>

⁴⁰ European Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (2014), Newsletter, March 2014, available at <http://euworkforce.weebly.com>

⁴¹ "Now is the time to eliminate the outdated regulations and organizational and cultural barriers that limit the ability of nurses to practice to the full extent of their education, training, and competence. (...) Scope-of-practice regulations in all states should reflect the full extent not only of nurses but of each profession's education and training. Elimination of barriers for all professions with a focus on collaborative teamwork will maximize and improve care throughout the health care system" Institute of Medicine. The future of nursing, 2010, p. 24.

⁴² Referimo-nos a Enfermagem na Comunidade, Médico-Cirúrgica, de Saúde Mental e Psiquiátrica, de Saúde Materna e Obstétrica, de Saúde Infantil e Pediátrica, de Reabilitação.

³⁶ Pulcini J et al. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*; 42: 1, 31-39. 2010

³⁷ Kroezen, Marieke; Van Dijk, Liset; Groenewegen, Peter; Francke, Anneke (2011) Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* 11:127, doi:10.1186/1472-6963-11-127 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/127>

³⁸ Buchan, James; Temido, Marta; Fronteira, Inês, Lapão, Luís; Dussault, Giles (2013) Nurses in advanced roles: a review of acceptability in

aspirações de outras áreas a constituírem-se realmente, a concretizarem a sua existência no plano material (pois hoje existem apenas no desenho formal), como é o caso da enfermagem perioperatória, da enfermagem em pessoa em situação crítica, em pessoa em situação crónica e paliativa e, ainda, em saúde familiar (que tem competências definidas desde 2011 mas nenhuma concretização). Tivemos (e ainda temos) um incipiente desenvolvimento dos especialistas na clínica, o que pode dificultar a distinção entre o que são competências de especialistas ou transferência de tarefas dos médicos.

Admita-se que a gestão da carreira e do desenvolvimento profissional que nela se reveja, tenha em conta o título profissional mas também a qualificação académica - ou seja, que a carreira se constitua como forma material de incentivar a investigação e a legitimação científica da profissão - valor social do trabalho.

Em síntese, os cenários dos próximos dez anos, no que diz respeito ao exercício profissional de enfermagem, podem ser:

1. Trajectoria mais provável: utilizam-se os recursos humanos qualificados disponíveis e estabiliza-se o êxodo de enfermeiros, pela abertura e disponibilidade de postos de trabalho em território nacional;

1a. Variação otimista: são cumpridas as dotações de enfermeiros necessárias ao funcionamento dos novos modelos e processos de cuidados, com relevo para os processos de cuidados na comunidade;

1b. Variação pessimista: mantem-se dotações perto dos mínimos, inviabilizando o desenvolvimento de projetos de cuidados especializados e tornando difícil demonstrar as suas mais valias para os cidadãos;

2. Trajectoria mais provável: progressiva implementação das competências dos enfermeiros

especialistas e desenvolvimento de novas especialidades.

2a. Variação otimista: alteração das dinâmicas organizacionais e políticas, com aprofundamento das competências clínicas, incluindo prescrição, no contexto de enfermagem; produzem-se indicadores de resultado, demonstrando os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem;

2b. Variação pessimista: transferência de tarefas dos médicos para os enfermeiros, visando sobretudo a redução de custos do sistema e deixando espaço para a sobreposição de competências dos qualificados de nível 5.

2c. [variação mais pessimista] aumento da atual assimetria de formação inicial e especializada. Enfermeiros como os menos qualificados das equipas de saúde

3. Trajectoria mais provável: reconhecimento salarial de acordo com a habilitação académica, quer quanto ao enfermeiro, quer quanto ao especialista;

3a. Variação otimista: o nível salarial é adequado à qualificação do enfermeiro, existindo ajuste na carreira que possibilite a progressão dos especialistas;

3b. Variação pessimista: o nível salarial é ajustado no contexto do enfermeiro especialista, visando reduzir custos e aumentar o *skill mix* e a transferência de tarefas. Na verdade, desvia e embaratece o custo da mão-de-obra mais qualificada. Ou seja, desqualifica o título de especialista bem como os graus académicos (mestrado, doutoramento).

4. A investigação

Terceiro eixo de análise: a investigação. Ou, se preferirmos, o percurso de desenvolvimento na relação com o doutoramento clínico, os espaços formais de investigação e a dimensão transversal, multidisciplinar.

Primeira vertente de análise: o doutoramento clínico.

O doutoramento liga as esferas do ensino (enquanto grau do 3º ciclo) e da investigação, pela produção de conhecimento novo. Como costume dizer, o doutoramento não é onde se termina, é onde se começa. Não é à toa que a recomendação de "The future of nursing"⁴³ é duplicar até 2020, nos Estados Unidos, o número de enfermeiros doutorados.

Temos, atualmente, vários⁴⁴ doutoramentos em Enfermagem no país - nos percursos do doutoramento e das unidades de investigação, consideremos que seria relevante evitar a fragmentação dos recursos e das iniciativas, fomentando uma massa crítica que possa ser capaz de discutir e investir, clarificando a especificidade da enfermagem, sem desagravo de perspetivas interdisciplinares.

Centrando, com especial acuidade, na atividade clínica e em assuntos relevantes para os cuidados - neste sentido, releva-se que muitos trabalhos de doutoramento se têm centrado em problemas da praxis clínica e a inquietação decorre mais sobre a continuidade que sobre a pertinência de tais desenvolvimentos.

⁴³ "Recommendation 5: double the number of nurses with a doctorate by 2020. Schools of nursing, with support from private and public funders, academic administrators and university trustees, and accrediting bodies, should double the number of nurses with a doctorate by 2020 to add to the cadre of nurse faculty and researchers, with attention to increasing diversity. The Commission on Collegiate Nursing Education and the National League for Nursing Accrediting Commission should monitor the progress of each accredited nursing school to ensure that at least 10 percent of all baccalaureate graduates matriculate into a master's or doctoral program within 5 years of graduation. Private and public funders, including the Health Resources and Services Administration and the Department of Labor, should expand funding for programs offering accelerated graduate degrees for nurses to increase the production of master's and doctoral nurse graduates and to increase the diversity of nurse faculty and researchers. Academic administrators and university trustees should create salary and benefit packages that are market competitive to recruit and retain highly qualified academic and clinical nurse faculty." Institute of Medicine (2010) The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Disponível em <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx>

⁴⁴ Objetivamente: Doutoramento em Ciências de Enfermagem no ICBAS, Universidade do Porto; Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica; Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Enfermagem, coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, inserido no Programa Interuniversitário de Doutoramentos promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian envolvendo a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho.

Partilhamos a opinião que a formação de acesso profissional na adequação ao processo de Bolonha deveria ter sido o 2º ciclo e o desenvolvimento das especialidades deveria ter conduzido a doutoramentos clínicos. Dito de outra forma, e deixando de lado a questão da formação inicial, consumimos muito tempo e recursos em formação especializada sem aquisição de grau quando o trabalho realizado poderia ter visado a produção de conhecimento novo (especialmente depois da criação dos doutoramentos em Enfermagem).

Segunda vertente de análise: o Espaço da Investigação, europeu ou internacional, articula-se a uma consciência da profissionalidade.

Temos uma escassez de investigação colaborativa, de partilha de bases de dados colhidos, de abordagens dialógicas - e, naturalmente, pouquíssima ou nenhuma repercussão internacional. Já agora, em abono do rigor, nem repercussão nacional, se pensarmos na ausência de enfermeiros nos painéis de peritos da Fundação para a Ciência e Tecnologia como exemplo.

Considerando relevantes as avaliações, temos para nós que os critérios mais comuns e valorizados nas ciências experimentais e de pendor quantitativo podem não se nos aplicar em pleno - o que não quer dizer que devamos esmorecer na constituição de equipas e projetos, que apresentem resultados. Antes pelo contrário, importa afirmar projetos de enfermagem, submetê-los a arbitragem e financiamento, preferencialmente em rede.

E, especialmente, publicar, disseminar, criar as condições para replicação e discussão.

Notemos que esta publicação tem de ser realizada em revistas científicas indexadas em bases bibliográficas relevantes e com factor de impacto ISI (Science Citation Index), o que pode exigir mais do que era habitual há uns anos atrás na nossa área científica. Se quisermos, a batalha da legitimação científica há

muito que saíu da arena da aquisição do grau para a produção e publicação⁴⁵.

E, numa certa perspetiva, não estamos sózinhos nas reclamações a propósito dos critérios ou da avaliação da investigação - como outras ciências humanas, estamos na tangencialidade do paradigma dominante (ou *mainstream*), que tem dificuldade em enquadrar as que não são "main scientific areas" e em criar regras de atenção às especificidades das áreas mais recentes.

Esta realidade atravessa a enfermagem no mundo inteiro - nas bases de dados e há inúmeros artigos sobre as dificuldades na investigação em enfermagem, reconhecido como problema no Reino Unido, por exemplo⁴⁶. E tanto são dificuldades pela relativa juventude da área como por falta de ativos, de fundos, de estruturas de apoio ou experiência limitada e milhentas outras solicitações.

Qualquer pessoa concordará que a avaliação das ciências é fundamental, tanto para se promover a excelência como para ajuizar do preenchimento dos critérios de qualidade. Mais, para incentivar o desempenho científico - e nem é acidental que da avaliação dependa o tipo de financiamento. Tratar-se-ia, em bom rigor, de ser objetivo e garantir o pluralismo, em especial no que respeita a paradigmas e metodologias.

Outro aspeto relevante diz respeito ao desenvolvimento de instrumentos de medida e ao incremento da robustez metodológica. Neste sentido, tanto importa que os instrumentos meçam o que é suposto medirem como que se reconheça a dificuldade⁴⁷ de medir algumas dimensões que preocupam e afetam a *praxis* profissional, desde as

crenças às vivências e aos aspetos mais fenomenológicos e existenciais dos cuidados.

Mas em áreas mais objetivas e fenómenos mais estudados, não é estranho que depois de décadas de investigação, não se tenha desenvolvido nenhum instrumento de aferição? Uma harmonização de instrumentos de medida e de níveis que possam ser comparados e discutidos? Salvaguardando raras exceções, em que as escalas utilizadas são as mesmas e podemos discutir resultados, muitas vezes encontramos diversidade de instrumentos e uma variedade de técnicas que dificulta sinergias internas.

Finalmente, a questão da utilização da investigação. Ou da integração dos achados na clínica e no ensino.

Na relação entre investigação e a atividade clínica ("a prática" como há quem goste de dizer) pode existir uma lacuna, uma falha na adoção das melhores evidências identificadas pela investigação. Todavia, esta assumpção deve ser cautelosa - não sabemos, realmente, com que extensão os enfermeiros adaptam os achados da investigação de acordo com as circunstâncias e os contextos em que exercem a sua prática. Alguns estudos apontam determinantes de utilização dos achados, e precisaríamos de saber o que se passa em Portugal.

Claro que o desenvolvimento dos Centros Académicos Clínicos⁴⁸, não obstante a sua atual realidade, ainda restrita e de amplitude reduzida, pode constituir uma relevante dimensão da investigação clínica inserida nos contextos de prática clínica - esperemos que outras figuras possam ser criadas para a inclusão de outros espaços de ensino e de clínica por ora arredados⁴⁹ desta realidade, para que o país

⁴⁵ Resolução do Conselho de Ministros n.º 22/2016. Diário da República, 1ª série, nº 70, 11 de Abril de 2016.

⁴⁶ "criados, entre 2009 e 2016, sete centros académicos clínicos, que associam escolas médicas a centros hospitalares e unidades de investigação: (i) Centro Académico de Medicina de Lisboa, consórcio entre o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E. P. E., a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o Instituto de Medicina Molecular; (ii) Centro Clínico Académico - Braga, associação entre a Universidade do Minho, a Escala Braga- Entidade Gestora de Estabelecimentos, S. A., e o Hospital CUF Porto, S. A.; (iii) Centro Médico Universitário de Lisboa, consórcio entre o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., e a Faculdade de

⁴⁵ Cf. Rodrigues, Manuel Alves O Caminho da Enfermagem Científica Moderna <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/1.pdf>

⁴⁶ Cf. Gill, P. Difficulties in developing a nursing research culture in the UK. *British Journal of Nursing*, 2004, Vol 13, No 14, p. 876-879.

⁴⁷ Cf. Virginia Dickson-Swift; Erica L. James; Sandra Kippen; Pranee Liamputtong. Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research* 2007; 7; 327-353. DOI: 10.1177/1468794107078515

apresente uma rede de centros de investigação, de espaços colaborativos entre instituições de saúde e instituições de ensino superior de saúde.

Especialmente porque o desenvolvimento disciplinar é condição para a dimensão interdisciplinar.

Terceira vertente de análise: a investigação pluridisciplinar e transversal

Os critérios dos financiamentos tendem a privilegiar equipas multidisciplinares e parceiros diversos, associados na preocupação com o objeto de estudo. Hoje é cada vez mais claro, e bem, que a investigação se estende aos contextos de trabalho de organizações e empresas, podendo diversas entidades ser parceiras de projetos. Este maximizar de recursos tem contornos claros de inter ou pluridisciplinariedade, procurando responder aos problemas complexos que se nos colocam.

Ora, reconhecendo deveras relevante o protagonismo de projetos pluridisciplinares que mobilizem redes nacionais e europeias, não há como chamar a «isto» transdisciplinar. E temos ouvido usar e abusar do termo «transdisciplinar», o que é preocupante, especialmente na área das profissões autoreguladas. É preciso cuidado no uso deste conceito, para não ser refém de uma certa *moda* sem semântica adequada. É que do transversal ou

pluridisciplinar ao "para além da disciplina" vai um salto considerável.

Por outro lado, para quem defenda uma crescente industrialização da ciência, uma afirmação de investigação pluridisciplinar pode ser facilitada se tiver os interesses económicos como centrais. Dito de outra forma, um dos problemas que afeta a investigação, e a ciência em geral, pode bem tornar-se alavanca da sua promoção.

Resta saber em que direção, e com que custos para a independência da profissão e para o interesse do cliente. E se a transparência de critérios (por exemplo, saber-se quem avalia que projetos), é imperiosa no geral, tratando-se de investigação pluridisciplinar aumenta este requisito, em benefício da robustez avaliativa. Ou corre-se o risco de tratar tudo da mesma forma, em detrimento da singularidade específica.

Cenários dos próximos dez anos, no que diz respeito à investigação:

1. Trajectoria mais provável: Tendem a ser definidos mecanismos de articulação e mútua sinergia entre a investigação produzida em centros e instituições de ensino e a atividade clínica, com resultados efetivos na qualidade dos cuidados.

1a. Variação otimista: os requisitos internacionais para as parcerias na investigação potenciam o desenvolvimento e a aplicação dos resultados em instituições de ensino e prestadoras de cuidados de saúde, alargando-se às parcerias do tecido social;

1b. Variação pessimista: as candidaturas sem sucesso e o sub-financiamento influenciam um esmorecer do desenvolvimento sustentado na investigação em enfermagem.

2. Trajectoria mais provável: desenvolvimento de projetos de investigação com os parceiros sociais e as organizações, sob a área «Enfermagem», reconhecida pela FCT para financiamento

Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; (iv) Centro Académico Clínico ICBAS -CHP, consórcio entre o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., e a Universidade do Porto, através da sua unidade orgânica Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; (v) Centro Universitário de Medicina FMUP -CHSJ, consórcio entre o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., e a Universidade do Porto, através da sua unidade orgânica Faculdade de Medicina; (vi) Centro Académico Clínico de Coimbra CHUC -UC, consórcio entre o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., e a Universidade de Coimbra; (vii) Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, consórcio entre o Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E., e a Universidade do Algarve através do seu centro de investigação CBMR - Center for Biomedical Research e do seu Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina. Encontra-se na fase final de apreciação pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da ciência, tecnologia e ensino superior e da saúde a criação de um consórcio entre o Centro Hospitalar Cova da Beira, E. P. E., a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela -Viseu, E. P. E., e a Universidade da Beira Interior através da sua Faculdade de Ciências da Saúde." Idem, p. 1193

2a. Variação otimista: contributo para a visibilidade do escopo de intervenção dos enfermeiros e ganhos em saúde para os cidadãos

2b. Variação pessimista: diluição epistémica da enfermagem em equipas pluridisciplinares, sem identificação dos ganhos específicos para a saúde dos cidadãos.

5. Ambientes de fundo e eixos transversais

Até aqui, com cada eixo em análise separada, poderemos atenuar o sentido da complexidade que importa, de forma sintética, retomar. Cada um dos nossos eixos de análise (ensino, exercício profissional e investigação) insere-se em ambientes - político-económico e científico - que afetarão o que pode acontecer em termos do ensino, da práxis e da investigação de enfermagem.

Fomos deixando alguns elementos destes ambientes na própria análise dos eixos, sendo certo que estes se encontram interrelacionados, pois o ensino concorre para formar e qualificar, a clínica é *lugar* de aprendizagens e de desenvolvimento do conhecimento e a investigação torna-se instrumental, ao serviço do ensino e dos cuidados. Importa integrar⁵⁰ a melhor evidência disponível, os achados da investigação, na prática dos cuidados e no ensino da profissão. Talvez este seja um dos nós górdios que importa proteger.

Quanto às opções políticas e reconhecimento social, os argumentos são conhecidos de todos e rápidos de expressar: há mais de uma década que os enfermeiros têm uma formação académica de licenciatura e deveriam auferir um salário de acordo com a sua qualificação.

A referencialidade europeia da formação e do exercício é-nos, por via de regra, desvantajosa e incita a um «nivelar para baixo» - considerando o

desenvolvimento em Portugal, materializado no reconhecimento das entidades empregadoras estrangeiras ou na análise dos sistemas europeus de ensino e regulação profissional.

Mais: se pretendemos inovar, o requisito da referencialidade pode bem tornar-se um apelo à normalização e a caminhos de "mais do mesmo", tangenciais à mediocridade.

Se pensarmos nos mercados de trabalho, na relação entre enfermeiros registados e ativos em território nacional, eventualmente encontraremos um balanço de mais saídas (emigrados, aposentados) do que entradas (diplomados) por ano.

E, não obstante as características da diáspora e a lamentação saudosa dos que partem, os enfermeiros portugueses prestam cuidados de qualidade aos cidadãos europeus e do Mundo que deles precisam.

Finalmente, a sociologia das profissões⁵¹ demonstra que precisamos de tempo para consolidar imagens profissionais; e a funcionalidade hierárquica parece continuar a assombrar os enfermeiros.

6. A crucial questão da regulação profissional

Regulação é um termo originado na literatura económica⁵², que corresponde ao conjunto de regras,

⁵¹ Veja-se Lopes, Noémia(2001) *Recomposição Profissional da Enfermagem - estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: QUarteto Editora; Gonçalves, Carlos *Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento*. p.177-223. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/5512.pdf>

⁵² "Pour résumer, les interventions publiques nécessaires lorsque la concurrence est introduite, peuvent se classer en grandes catégories : harmoniser, contrôler les zones de monopole qui subsistent, promouvoir une concurrence équitable dans ces secteurs tout en garantissant les missions de service public, défendre les intérêts des consommateurs. Les tâches concrètes que recouvrent ces caractérisations très générales sont en pratique nombreuses et variées : création de normes, attribution de licences et autorisations à des opérateurs, attribution de biens rares (fréquences de télécommunications et capacités d'infrastructures limitées, pour lesquelles, le cas échéant, des procédures d'enchères sont envisageables), contrôle de tarifs finals et de tarifs d'accès à l'infrastructure, gestion de fonds ou de dispositifs tarifaires liés aux missions de service public, traitement des litiges entre anciens monopoles et nouveaux entrants – ou entre divers entrants. C'est bien un ensemble complexe et cohérent de règles du jeu qu'il est nécessaire de définir et de mettre en œuvre. (...) Dans la littérature et les débats public, l'ensemble des tâches qui viennent d'être recensées, harmonisation

⁵⁰ Janet E Squires, Alison M Hutchinson, Anne-Marie Boström, Hannah M O'Rourke, Sandra J Cobban and Carole A Estabrooks. To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implementation Science* 2011, 6:21 doi:10.1186/1748-5908-6-21. Disponível em <http://www.implementationscience.com/content/6/1/21>

normas, hábitos e regulamentações que se impõem sobre determinadas actividades sociais e económicas e abarcam o próprio processo, político e económico, de elaboração e implementação dessas regras. Neste sentido inclui a aprovação das normas (leis, regulamentos, códigos de conduta, etc.), a implementação concreta dessas regras (autorizações, licenças, injunções, etc.); a fiscalização do cumprimento e a punição das infracções. Encontra-se frequentemente a distinção de duas aceções diferentes - (*regulation*⁵³) *lato sensu*, equivale a todas actividades dos poderes públicos de organização e configuração da realidade social; *stricto sensu*, consiste na determinação do regime jurídico de uma actividade económica, ao caso, profissional. A palavra *regulation* costuma ser traduzida, indistintamente, por regulamentação e regulação - contudo, não têm o mesmo significado; regular significa estabelecer regras, vocábulo de sentido amplo, que abrange, inclusive, a regulamentação, que tem um sentido mais estrito. Se quisermos, a regulamentação estabelece as regras, a regulação vai além de estabelecer, implementa, supervisa, controla, sanciona. A intervenção da

exclue, est généralement désignée sous le vocable de régulation. Le périmètre de ces tâches est à la fois assez facile à caractériser et difficile à délimiter. Nombreux sont, cependant, les experts qui s'accordent à définir la régulation, dans la ligne des analyses qui précèdent, comme l'ensemble des interventions des pouvoirs publics visant à instaurer la concurrence autant qu'il est nécessaire dans un secteur où elle n'existait pas ou très peu, et à concilier l'exercice loyal de cette concurrence avec les missions d'intérêt général dont sont investis les services publics en réseaux." Excerto do *Rapport Bergougnoux "Services publics en réseau : perspectives de concurrence et nouvelles régulations"* (Abril 2000).

⁵³ "Regulation: The act of regulating, or the state of being regulated. A rule or order prescribed for management or government; prescription; a regulating principle; a governing direction; precept; law; as, the regulations of a society or a school." *Brainy Dictionary* - <http://www.brainydictionary.com/words/re/regulation211545.html>

No sentido legal: "rules and administrative codes issued by governmental agencies at all levels, municipal, county, state and federal. While not laws they have the force of law, since they are adopted under authority granted by statutes, and often include penalties for violations. One problem is that regulations are not generally included in volumes containing state statutes or federal laws, but often must be obtained from the agency or located volumes in law libraries and not widely distributed. The regulation-making process involves hearings, publication in governmental journals which supposedly give public notice, and adoption by the agency. The process is best known to industries and special interests concerned with the subject matter, but only occasionally to the general public. Federal regulations are adopted in the manner designated in the Administrative Procedure Act (A.P.A.) and states usually have similar procedures." In <http://legal-dictionary.thefreedictionary.com/regulation>

autoridade pública que regula pode ser directa ou delegada, exercida directamente por um Departamento da administração directa do Estado, por uma agência estatal constituída *ad hoc* ou por alguma entidade da sociedade civil através de delegação.

Existe sempre um certo *aparato* institucional de regulação, formado por princípios, normas e leis, e estruturas organizacionais específicas para as profissões – e estas *distinções* profissionais não se aplicam ao mundo do trabalho comum, portanto, neste quadro importa não confundir Regulação profissional⁵⁴ e Regulação do trabalho, sob pena de amputar o campo regulador que cada vertente deve ocupar no necessário equilíbrio da atividade e na proteção do cliente.

Na Enfermagem, a Ordem começou por ser uma aspiração, nas primeiras décadas do século XX. No 1º Congresso Nacional, em 1973, foram considerados três pontos relevantes para o desenvolvimento da profissão: uma carreira única profissional, a educação de enfermagem integrar o sistema nacional de ensino e a criação da Ordem dos Enfermeiros.

Na década de 70, ocorreu o final da formação dos auxiliares de enfermagem (1975) e o início da formação complementar de transição para enfermeiros. Assim, alcançávamos um nível de educação em enfermagem.

Na década de 80, a carreira única para todos os enfermeiros clarificou o trabalho e o acesso (1981) e ocorreu também a integração do ensino de enfermagem no sistema nacional de educação, no Ensino Superior, subsistema politécnico (1988).

Na década de 90, um debate alargado e nacional em torno do exercício profissional haveria de culminar

⁵⁴ Distinga-se, por duas ordens de razões: sob o aspecto analítico, a regulação profissional inclui o reconhecimento das instituições e organizações específicas de profissões que não podem ser confundidas com as do trabalho em geral: estruturas de auto-regulação profissional formadas por pares profissionais com autoridade pública atribuída para fiscalizar o exercício (como as Ordens Profissionais); ligação à educação superior, a Códigos de Ética e legislação específica (leis de exercício profissional que conferem monopólios de prática; legislação específica de responsabilidade civil e de erro profissional; etc...); sob o aspecto da intervenção política, o reconhecimento de que as arenas da regulação profissional constituem arenas de políticas públicas distintas das arenas da regulação comum do trabalho: envolvem actores e organizações com interesses e estratégias de acção colectiva próprias.

com a publicação do *Regulamento do Exercício profissional dos enfermeiros* (1996), configurando o exercício de enfermagem, clarificando conceitos, intervenções e áreas de actuação assim como os direitos e deveres. Menos de dois anos depois, foram publicados os *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*, que representam um tomar *nas nossas mãos* o destino profissional da Enfermagem.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros teve, até à data, três publicações: a original (1998), uma revisão por solicitação da Ordem (2009) e a segunda alteração que ajustou à lei-quadro⁵⁵ nacional (em 2015).

A organização interna das atribuições, de alguma forma evoca uma longa tradição de "triplição equilibrada do poder"⁵⁶, textos de Aristóteles a Montaigne, clarificando que a separação dos poderes significa, também, responsabilidades no seu exercício.

Gomes Canotilho analisou a importância constitucional de separação de poderes através de três princípios: o jurídico-organizatório (estrutura com funções, competências e legitimação de órgãos), o normativo autónomo (compartimentação de poderes para justificar a justeza da decisão) e princípio fundamentador das incompatibilidades.

As organizações profissionais de direito público (Ordens), enquanto administração autónoma do Estado, caracterizam-se (especialmente, diria) pela função disciplinar (além da deontologia, a disciplina profissional, os instrumentos de garantia dos deveres e censura das infrações) - Vital Moreira considera que "A autodisciplina é o principal activo do capital social da profissão. Uma profissão liberal sem disciplina profissional degrada o seu crédito social e prejudica gravemente o valor dos seus serviços. A autodisciplina profissional assenta, portanto, no interesse próprio(...) disciplina profissional é uma das principais incumbências das ordens profissionais, sendo essa

porventura a principal razão para a sua criação como organismos oficiais de auto-regulação profissional"⁵⁷.

Bacelar Gouveia⁵⁸ distinguindo a Administração Pública em três ramos, separa a administração direta do Estado, a indireta e a autónoma, sendo que nesta, descentralização administrativa de tipo funcional, se prosseguem os fins que se estabelecem e interpretam. Dito de outra forma, o Estado dirige a administração direta, superintende a administração indireta e tutela a administração autónoma (na expressão de Jorge Miranda, "mera tutela de legalidade"). Portanto, autónoma no âmbito das suas atribuições.

A estrutura da Ordem torna claras as **esferas de poderes** - mercê da devolução do Estado aos enfermeiros do poder de se auto-regularem, a nossa auto-regulação consagra *um poder que não é um mas três*:

- o poder disciplinar (exercido pelo Conselho Jurisdicional),
- o normativo profissional (exercido pelo Conselho de Enfermagem e Colégios das Especialidades, desde 2010),
- e o poder político-administrativo (Conselho Diretivo),
existindo uma esfera de representação ("em juízo e fora dele" que cabe ao Bastonário)
e um poder fiscalizador (Conselho Fiscal).

A materialização dos princípios democráticos, além da formação dos órgãos, deve ser visível no funcionamento das Assembleias (Geral e Regionais).

A regulação profissional é exercida pela Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade reguladora da profissão, tendo como primordial objetivo a defesa do público, pois regular o acesso à profissão e o seu exercício, aprovar as normas, zelar pelo cumprimento

⁵⁵ Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais

⁵⁶ Aristóteles, *Politikon*, III ac

⁵⁷ Moreira, Vital (2004) A disciplina das profissões. Artigo O Público.16 novembro. In <http://www.publico.pt/espaco-publico/jornal/a-disciplina-das-profissoes-195223>

⁵⁸ Gouveia, Bacelar (2000) As associações públicas profissionais no Direito Português. Acessível em http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/jbg_ma_14420.pdf

das normas legais e regulamentares, exercer o poder disciplinar sobre os seus membros, são atribuições que visam, enquanto finalidade, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população.

Em primeira instância, releva-se a importância do conhecimento da vida da organização e a construção da capacidade do regulador, quer em termos de regulação profissional quer de *lobbying* para intervenção política, que se estende às esferas da atuação do enfermeiro (portanto, prestação de cuidados, ensino, gestão, formação, assessoria, investigação).

Nos cenários possíveis, a associação profissional de direito público poderá ter maior ou menos impacto quer na definição de políticas, quer na mobilização dos profissionais, que na defesa da qualidade dos cuidados e das condições de exercício. Naturalmente, quer em termos sociais, quer em termos políticos ou profissionais, será nas diversas arenas, da investigação e ciência às orientações de práticas profissionais, no exercício do poder jurisdicional e na capacidade de se fazer seriamente ouvir, especialmente nos territórios da Saúde, que a Ordem dos Enfermeiros se pode constituir como elemento determinante na fixação das trajetórias para o futuro da profissão.

Na reta final

Deixámos lá trás, com o título, a promessa de refletir e partilhar *Cenários de futuros possíveis para a enfermagem em Portugal*.

Refletimos sobre trajetórias mais prováveis e respetivas variações - otimista e pessimista. Naturalmente, nenhuma trajetória está determinada e compete aos intervenientes influenciarem as escolhas e as variações.

Sem tom melodramático, estamos numa espécie de encruzilhada, potenciando a clivagem dentro da profissão (níveis de qualificação, generalistas e especialistas) ou o seu reforço, as evidências de ganhos em saúde pela ação dos enfermeiros ou a sua

diluição em equipas, conforme as opções estratégicas escolhidas. Há dificuldades económicas, sociais, políticas. Há falta de planeamento previsional na saúde. Há escassez de recursos qualificados em cuidados especializados e adequados às necessidades da população. E também há capital humano, resiliência profissional, capacidade de organização e potencial de intervenção política e social. Pensar o(s) futuro(s) é desafiador e complexo; não o fazer é correr o risco de vagar pelo tempo, sem rumo definido. Algures, no escrutínio das escolhas, um futuro dinâmico, incerto e pleno de oportunidades.

Leituras recomendadas

- American Association of Colleges of Nursing (2011) *Shaping the Future of Nursing Education*. Em <http://www.aacn.nche.edu/aacn-publications/annual-reports/AR2011.pdf>
- Buchan, James; Temido, Marta; Fronteira, Inês, Lapão, Luís; Dussault, Giles (2013) Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Jan.-Feb.;21(Spec):38-46 . <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/06.pdf>
- European Association of Nursing Educators (2012) *Quality with compassion: the future of nursing education*. Em http://www.williscommission.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/495115/Willis_commission_report_Jan_2013.pdf
- Institute of Medicine (2010) *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Disponível em <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx>
- Marta Temido, Gilles Dussault (2014) Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Rev. Port. Sau. Pub.* vol.32 no.1 março. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a07.pdf>
- OECD (2010) Nurses in Advanced Roles: a description and evaluation of experiences In 12 developed countries. Health Working Paper No. 54. [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5&doclanguage=en)
- Observatório português dos Sistemas de Saúde (2014) Relatório da Primavera. Saúde - Síndrome de negação. Lisboa. Disponível em <http://www.observaport.org/RP2014>.
- Pulcini J et al. (2010) An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*; 42: 1, 31-39.
- Silva, Pedro; Magalhães, António; Nunes, Lucília (2011) A prática discursiva sobre a formação de enfermeiros em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência - III*, n.º 3. pp.131-140.