



**ENFERMAGEM PORTUGUESA IMPLICAÇÕES NA ADEQUAÇÃO AO
PROCESSO DE BOLONHA NO ACTUAL QUADRO REGULAMENTAR**

**Ordem dos Enfermeiros
Lisboa
Fevereiro 2007**

Uma breve memória histórica...

A OE, no âmbito das suas atribuições tem vindo desde 2004¹ a explicitar a sua posição relativamente à aplicação do Processo de Bolonha em Portugal.

Tem trabalhado esta questão junto da tutela, dos enfermeiros docentes e não docentes e dos estudantes, a nível nacional e internacional.

Em 2005 no âmbito da Assembleia-geral de 18 de Março é aprovada uma Recomendação² que conduziu a uma nova divulgação da posição da OE, em 24 de Março³.

Nessa data é publicado o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março no qual aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.⁴

Em Abril 2006 a EFN e o ICN emitiram uma tomada de posição conjunta relativamente à Declaração de Bolonha e o Projecto Tuning, no que concerne à Enfermagem. Nela chamam a atenção para algumas fragilidades do projecto quando relacionado com as competências dos ECGs definidas pelo ICN.

Este processo culmina com a tomada de posição da OE de 8 de Maio 2006⁵ e com a aprovação, na Assembleia-geral de 11 de Maio 2006, da moção “Condições do exercício profissional – Presente e futuro: tópicos para a reflexão”. No que concerne à formação, essa moção recomenda *“as organizações formadoras devem assegurar que a formação pré-graduada obedeça às exigências consagradas actualmente para a licenciatura, de acordo com o preconizado pelo Dec-lei 353/99 de 3 de Setembro”*.

Na sequência desta tomada de posição, foi solicitada audiência ao MCTES e, perante o registo de adequação de alguns cursos como sendo de 1º ciclo de estudos, foram enviados ofícios aos diferentes agentes envolvidos, alertando para as implicações que poderiam advir da frequência de cursos que não se inscrevessem nas condições de formação consideradas necessárias pela OE.

A OE participou na apresentação pública dos relatórios “Garantia de Qualidade do Ensino Superior em Portugal: Avaliação e recomendações para um futuro sistema” e “Reviews of National Policies for Education - Tertiary Education in Portugal”⁶

A 18 de Dezembro teve lugar uma audiência com sua Exa. o Secretário de Estado Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, na qual a OE clarificou a sua posição face à adequação do ensino de Enfermagem ao Processo de Bolonha. Por sua vez o Secretário de Estado da CTES, referiu que a reorganização do Ensino Superior em Portugal é um processo ainda não encerrado, no qual qualquer decisão não poderá pôr em causa o actual estágio do ensino de Enfermagem no nosso país.

Reconheceu a importância e necessidade de uma abordagem mais global desta questão, no quadro do ensino superior na área da saúde, orientando o seu aprofundamento para o Grupo de Acompanhamento do Ensino Superior na Área da Saúde.

Foi solicitada uma reunião de trabalho que permita, perante o actual enquadramento legal do ensino de enfermagem e a necessidade da sua adequação a Bolonha, a procura de soluções equilibradas que simultaneamente garantam as perspectivas de desenvolvimento da disciplina e da profissão.

¹ OE – Síntese da fundamentação e posição da Ordem dos Enfermeiros

² OE – Processo de Bolonha: Implicações para a Enfermagem

³ OE – Processo de Bolonha – Posição da Ordem dos Enfermeiros

⁴ Em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), alterada pelas Leis n.ºs 115/97, de 19 de Setembro, e 49/2005, de 30 de Agosto, bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior), alterada pela Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto.

⁵ OE - Lei de Bases do Sistema Educativo: Enquadramento do Ensino de Enfermagem/acesso à profissão – Processo de Bolonha.

⁶ - ENQA e OCDE, em Novembro e Dezembro 2006, respectivamente

ORDEM DOS ENFERMEIROS:

ENFERMAGEM E IMPLICAÇÕES NA ADEQUAÇÃO AO PROCESSO DE BOLONHA

NO ACTUAL QUADRO REGULAMENTAR

Declarações de partida

- (1) A especificidade do ensino na área da Saúde é um importante instrumento para a garantia da qualidade dos cuidados a que os vários profissionais estão obrigados e a que os cidadãos têm direito.
- (2) Evidenciando-se o processo evolutivo de formação em Enfermagem após a sua integração no Ensino Superior (DL 480/88 de 23 de Dezembro), destaca-se a consolidação de competências presente no objecto dos cursos de licenciatura (DL 353/99 de 3 de Setembro, artigo 5º) e considera-se que a adequação a Bolonha deve ter em consideração que só uma formação de acordo com os descritores do 2º Ciclo respeita as exigências vigentes entre nós desde 1999, no respeito pelas competências expressas no quadro legal que regula o ensino de Enfermagem.
- (3) A formação em Enfermagem deve evoluir para a sua plena integração no Ensino Universitário.

A enfermagem portuguesa tem sido pioneira e, como tal, uma referência no contexto europeu no que diz respeito à coerência do percurso e à qualidade na formação de enfermeiros assim como ao desenvolvimento e autonomia da profissão. O nosso percurso evidencia a preocupação de uma formação de base generalista que promova o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que proporcione os fundamentos científicos para o exercício de uma actividade multifacetada que se desenvolve em diferentes contextos sociais, a par com um forte investimento no desenvolvimento da disciplina de enfermagem e na investigação. E tais afirmações tem um enquadramento profissional e jurídico próprio, que adiante se explicita.

Na fundamentação seguinte, adopta-se uma linha de perspectiva histórica, a apresentação do perfil de exercício profissional, a relação com o Processo de Bolonha e o modelo de desenvolvimento profissional.

I. PERCURSO E ENQUADRAMENTO DA PROFISSÃO E DO ENSINO EM PORTUGAL

Julgamos relevante considerar o percurso realizado, desde a década de 70, pelo entendimento global que pode permitir, quer do desenvolvimento da profissão, quer do ensino e da relação entre ambos, pois que, na realidade portuguesa, muitas vezes estiveram próximas e em inter relação. Assinale-se que, no 1º Congresso Nacional, em 1973, foram considerados três pontos relevantes no programa, 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, identificam-se o final da formação dos auxiliares de enfermagem (1975) e o início da formação complementar de transição para enfermeiras - assim, passou a existir **um nível** de educação em enfermagem. E esta é **uma diferença relevante** com todos os países da Europa, dado que se trata de uma situação singular, e mais nenhum país da Europa tem esta realidade.

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.

Na década de 90, um debate alargado e nacional em torno do exercício profissional sua regulamentação e controlo, culminou na publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), configurando o exercício de enfermagem, clarificando conceitos, intervenções e áreas de actuação assim como os direitos e deveres. No Preâmbulo do REPE (1996), considera-se que: “A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.”⁷

Menos de dois anos depois, o Estado devolveu os poderes de regulação e foi criada a **Ordem dos Enfermeiros** (Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril), sendo afirmado: “os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população. De igual modo, o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde.”

⁷ Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, nº1.

Em 1999, o Decreto-Lei n° 353/99 de 3 de Setembro, fixou as regras gerais a que ficou subordinado o Ensino de Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. E estabeleceu que à **licenciatura** cabe “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais” (n° 1, art° 5°) e ainda a participação na gestão, na formação de profissionais e na investigação, áreas de actuação profissional previstas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

1. REGULAÇÃO PROFISSIONAL

A Enfermagem tem *auto regulação*, considerando-se que os princípios básicos da regulação profissional (da *utilidade pública e garantia da qualidade e da excelência dos serviços profissionais*) por visar a protecção e a segurança do público, se identificam no desígnio⁸ fundamental da Ordem dos Enfermeiros: “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”.

Entendemos a **auto-regulação** como uma garantia da protecção do interesse público e do bem comum, tanto (1) no acesso à prática profissional, como (2) na monitorização e desenvolvimento da prática e (3) na regulamentação e controle do exercício. Mais entendemos que a auto-regulação permite o desenvolvimento de ganhos em saúde, é parte integrante do desenvolvimento da qualidade, guia o planeamento dos cuidados, assegura uma gestão racional e adequada às necessidades dos cidadãos em cuidados de enfermagem, protege valores éticos e deveres deontológicos, clarifica a missão e o contributo para a saúde das pessoas.

No que toca à regulação do acesso, deve decorrer da análise da competência e capacidade do candidato a profissional – pese embora o facto de que, entre nós, hoje, o critério ainda é o da qualificação académica e este é um aspecto em análise e reflexão.

No referente à regulação do exercício, trata-se do cumprimento das normas deontológicas (e o Código Deontológico foi publicado com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e dos *standards* da profissão – portanto, hoje, reporta-se a:

- (1) Código Deontológico, conforme Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de Abril;
- (2) Competências do enfermeiro de cuidados gerais, definidas em 2002, de acordo com as competências que integram o ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN);
- (3) Enquadramento conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos em 2002.

⁸ Cf. Decreto-lei n° 104/98 de 21 de Abril (Estatutos da Ordem dos Enfermeiros), Artigo 3°, n° 1.

2. ENFERMAGEM COMO DISCIPLINA E COMO PROFISSÃO

A enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, tomando por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida; sendo que os “cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”⁹. Neste contexto procura-se¹⁰, ao longo de todo o ciclo vital, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Conforme o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”¹¹ e o exercício da actividade de enfermagem, além da prática clínica, considera as áreas de gestão, docência, formação e assessoria, suportadas pela investigação.

O aumento da investigação em enfermagem contribui para o desenvolvimento do conhecimento no campo da saúde, tendo como área empírica de referência a prestação de cuidados de enfermagem e considerando que suporta igualmente as outras áreas de actuação, seja a gestão, a docência, a formação ou a assessoria. Esta centralidade nos cuidados constitui actualmente uma área prioritária pela evidente pertinência de promover e assegurar a qualidade e a diversidade de cuidados de enfermagem a que os cidadãos têm direito.

3. PERFIL PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Compete à Ordem dos Enfermeiros a definir o nível de qualificação profissional para o exercício e as competências do enfermeiro de cuidados gerais foram definidas, em 2002.

Existe um único nível de formação em enfermagem a que corresponde, no quadro da legislação anterior, o grau de licenciado e o título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais, para o qual a Ordem definiu o perfil profissional. A formação deve habilitar para o exercício autónomo da profissão de enfermagem.

O exercício profissional da enfermagem¹² “centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas”, sendo que a relação terapêutica “caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades”, “insere-se num contexto de actuação multiprofissional”.

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

⁹ Ordem dos Enfermeiros – Enquadramento conceptual. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

¹⁰ Conselho de Enfermagem - Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 51.

¹¹ REPE, Artigo 8º.

¹² Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 4-5.

- “terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade”; “estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”;
- “utilizarem metodologia científica que inclui:
 - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
 - d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
 - e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções” e
- “englobam, de acordo com o grau de dependência do utente,”¹³ diferentes formas de actuação.

Em conformidade¹⁴ com o diagnóstico de enfermagem e de acordo com as suas qualificações profissionais:

- organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;
- decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade;
- utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;
- participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário;
- procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;
- participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;
- procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.

Os enfermeiros¹⁵ contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

¹³ REPE, Artigo 3º, nº 3.

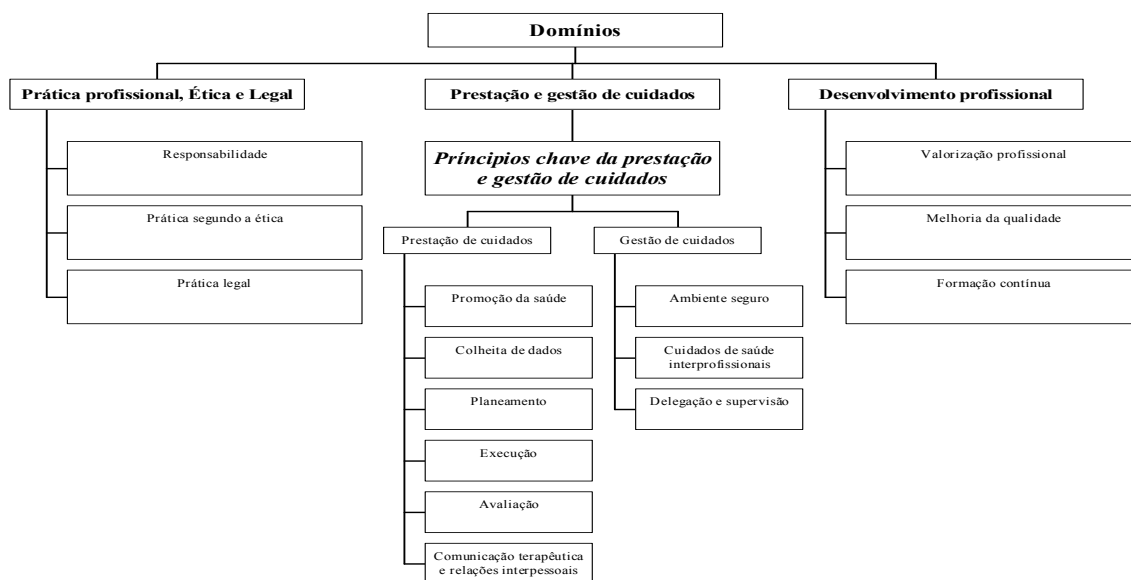
¹⁴ REPE, Artigo 9º.

¹⁵ Conforme REPE, artigo 9º.

- organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros;
- avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados;
- dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem;
- colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;
- participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem;
- promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

No exercício profissional, os enfermeiros “deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” e têm “uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”¹⁶.

As competências do enfermeiro de cuidados gerais organizam-se em três domínios, conforme o esquema representativo que se apresenta:



¹⁶ REPE, Artigo 8º, nºs 2 e 3.

(A) Prática profissional, ética e legal

A1 – Responsabilidade

- 1 – Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.
- 2 – Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.
- 3 – Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.
- 4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

A2 – Prática segundo a ética

- 5 – Exerce de acordo com o Código Deontológico.
 - 6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão ética.
 - 7 – Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.
 - 8 – Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.
 - 9 – Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.
 - 10 – Respeita o direito do cliente à privacidade.
 - 11 – Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.
 - 12 – Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.
 - 13 – Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.
 - 14 – Reconhece as suas crenças e valores e a forma como estas podem influenciar a prestação de cuidados.
 - 15 – Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.
 - 16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.
- ### A3 – Prática Legal
- 17 – Pratica de acordo com a legislação aplicável.
 - 18 – Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o código deontológico dos enfermeiros.
 - 19 – Reconhece e actua nas situações de infracção / violação da lei e / ou do código deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.

(B) Prestação e gestão de cuidados

B1 – Princípios-chave da prestação e gestão de cuidados

- 20 – Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem.
- 21 – Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.
- 22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.
- 23 – Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.
- 24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.

25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.

26 – Organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo.

27 – Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.

28 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.

29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta.

30 – Interpreta de forma adequada os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

31 – Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.

B1.1. – Prestação de cuidados

B1.1.1. – A promoção da saúde

32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.

33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.

34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.

35 – Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.

36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.

37 – Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.

38 – Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.

39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.

40 – Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.

41 – Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.

42 – Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, famílias e comunidades.

43 – Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

B1.1.1.2. – Colheita de dados

44 – Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.

45 – Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.

B1.1.1.3. – Planeamento

46 – Formula um plano de cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.

47 – Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.

48 – Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.

- 49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
- 50 – Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
- 51 – Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
- 52 – Documenta o plano de cuidados.

B1.1.1.4. – Execução

- 53 – Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.
- 54 – Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.
- 55 – Documenta a implementação das intervenções.
- 56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.
- 57 – Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.

B1.1.1.5. – Avaliação

- 58 – Avalia e documenta a evolução no sentido dos resultados esperados.
- 59 – Colabora com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.
- 60 – Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.
- 61 – Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.
- 62 – Comunica com consistência a informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.
- 63 – Assegura que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.
- 64 – Responde apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.
- 65 – Comunica com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.
- 66 – Utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada.
- 67 – Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais no campo das tecnologias da saúde.

B1.2. – Gestão de cuidados

B1.2.1. – Ambiente seguro

- 68 – Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.
- 69 – Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.

70 – Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

- 71 – Implementa procedimentos de controlo de infecção.
- 72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.

B1.2.2. – Cuidados de saúde interprofissionais

- 73 – Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.
- 74 – Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.
- 75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.
- 76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.
- 77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.
- 78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.
- 79 – Tem em conta a perspectiva dos clientes e / ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

B1.2.3. – Delegação e supervisão

- 80 – Delega noutros actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.
- 81 – Utiliza uma série de estratégias de suporte, quando supervisiona aspectos dos cuidados delegados a outro.
- 82 – Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.

(C) Desenvolvimento profissional

C1 – Valorização profissional

- 83 – Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.
- 84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.
- 85 – Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.
- 86 – Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.
- 87 – Actua como um modelo efectivo.
- 88 – Assume responsabilidades de liderança, quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.

C2 – Melhoria da qualidade

- 89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.
- 90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

C3 – Formação contínua

- 91 – Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.
- 92 – Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.
- 93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.
- 94 – Contribui para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.
- 95 – Actua como um mentor / tutor eficaz.
- 96 – Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

II. LINHAS DE ACÇÃO DE BOLONHA E DA ESTRATÉGIA DE LISBOA: REFLEXOS NA FORMAÇÃO NA SAÚDE E ENFERMAGEM

O Processo de Bolonha¹⁷ tem por objectivo central o estabelecimento, até 2010, do *Espaço Europeu do ensino superior*, um desafiante paradigma de educação, que se desenvolveu para a criação de um *Espaço Europeu de Investigação* mas, sobretudo, do ponto de vista da estratégia comunitária da União Europeia se enquadra¹⁸ na agenda política, delineada pelos Chefes de Estado e de Governo, na cimeira europeia de Lisboa (2000), prosseguida na cimeira de Barcelona (2002), a qual definiu o objectivo de, até 2010, fazer da Europa: “a economia do conhecimento mais competitiva e mais dinâmica do mundo, capaz de um crescimento económico duradouro acompanhado de uma melhoria quantitativa e qualitativa do emprego e de maior coesão social” - considera-se o Processo de Bolonha como um vector determinante para o cumprimento da Estratégia de Lisboa. Assim se pretende que a Europa possa firmar-se competitivamente a nível mundial, falando a *uma só voz* enquanto espaço integrado de educação e ciência.

Seguindo o processo desde o início (Sorbonne, 1998, em que se declara a intenção de “harmonisation of the architecture of the European Higher Education System”) assinalam-se quatro grandes etapas, tendo simplesmente em linha de conta os objectivos definidos e que se constituem, a maioria pelo menos, como metas intermédias para o fim estratégico. São elas Bolonha (1999), Praga (2001), sendo que no final se identificam dez linhas de acção.

Importa adequar estas linhas às realidades nacionais.

Em Bolonha, 1999, foram assumidos compromissos em seis linhas: adopção de um sistema compreensivo e comparável de graus; adopção de um sistema de dois ciclos, estabelecimento de um sistema de transferência de créditos (ECTS); promoção da mobilidade, reduzindo obstáculos; promoção da cooperação europeia no campo da qualidade e promoção da dimensão europeia de ensino superior.

Face ao processo de reestruturação de graus, recomendado por Bolonha, tem sido repetidamente afirmado que as modificações a introduzir (na lógica de que harmonização é diferente de uniformização) devem ter em conta as especificidades de cada área disciplinar.

A educação superior, na área da saúde, tem como finalidade última garantir todos os pressupostos subjacentes à formação de nível superior e capacitar para a aplicação e desenvolvimento do conhecimento nas práticas profissionais que decorrem de cada área disciplinar. Sempre formou para o exercício autónomo das respectivas profissões;

A solidez, abrangência e profundidade das competências desenvolvidas na formação inicial são um factor determinante para a aquisição das ferramentas essenciais para o aprofundamento e desenvolvimento das competências ao longo da vida;

¹⁷ Preâmbulo do Decreto-Lei Nº 42/2005 de 22 de Fevereiro.

¹⁸ Cf. <http://www.dges.mctes.pt/Bolonha/Bolonha/Processo+Bolonha/>

O panorama actual dos sistemas de saúde é de crescente complexidade e envolve o contributo das várias áreas do conhecimento para a melhoria dos níveis de saúde dos cidadãos, sendo esta proporcional à complexidade do ser humano nas várias etapas de vida e das variáveis que intervêm no seu estado de saúde.

Nas **profissões reguladas da Saúde** humana,

--- ainda que tenha sido, desde o início, considerada excepção a Bolonha, o grupo de trabalho por áreas do conhecimento, em relação à Medicina, concluiu, em Dezembro de 2004, com a afirmação de ser “opinião unânime das Faculdade de Medicina e da Ordem dos Médicos que de momento, e pelas razões aduzidas, não é recomendável a adopção entre nós do modelo de dois ciclos para os cursos de medicina”¹⁹. Medicina ficou com o formato de mestrado integrado

--- As Ciências Farmacêuticas, desde a proposta do grupo de trabalho, advogaram “uma formação de 12 semestres, equivalentes a um total de 360 ECTS, sendo a exigência de 2 semestres correspondente ao enquadramento do estágio profissionalizante e de um seminário”. Portanto, um Mestrado integrado.

--- A Medicina Dentária formulou proposta²⁰ de desenvolver a titulação num período de cinco anos e um ano pós-titulação, a que chamaram «Ano de especialização clínica avançada». Portanto, Mestrado integrado.

No que se refere à **enfermagem**, e considerando que os grupos^{21,22} de trabalho desenvolveram reflexão em 2004, a Posição da Ordem foi sendo alicerçada nas reuniões conjuntas e culminou, depois de diversos documentos, com a Tomada de Posição, em Maio de 2006.

No contexto da regulamentação da Lei de Bases o Ministro da CTES informou que o ensino de enfermagem será uma excepção a nível do 1º ciclo, com 240 créditos.

No **quadro da regulação do ensino**, atente-se na evolução do regime Jurídico da Formação Contínua de Professores desde a saída da Lei de Bases do sistema educativo, de 1986, quando passaram a integrar o ensino superior, ao nível de bacharelato, ao abrigo do artigo 13º da referida Lei. A formação dos educadores de infância e dos professores do ensino primário altera-se depois com a Lei 115/97 de 19 de Setembro, com a identificação da licenciatura como habilitação de acesso à actividade profissional. No Processo de adequação a Bolonha o Conselho de Ministros reconhecendo a consolidação e qualificação da profissão, aprova, na sua reunião de 28 de Dezembro 2006, o regime jurídico da habilitação profissional para a docência na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário²³, estabelecendo o 2º ciclo de estudos, como obrigatório para o acesso ao exercício da profissão.

¹⁹ Cf. http://www.mctes.pt/docs/ficheiros/Bolonha_Medicina.pdf, p.4

²⁰ Idem, p. 5/6

²¹ Vidé http://www.ccisp.pt/Bolonha/Bolonha_Enfermagem_25_Novembro.doc

²² Cf. <http://www.aauav.pt/docs/Enfermagem.pdf>

²³ Cf. Comunicado da reunião do Conselho de Ministros de 28 de Dezembro 2006

Desde a Convenção de Salamanca²⁴ (2001) que a compatibilização das qualificações surge como relevante e uma parte importante do processo poderia ser operacionalizado pelo Projecto Tuning, que teve, entre os seus objectivos, identificar pontos de referências para as competências genéricas e específicas dos dois primeiros ciclos. Na primeira fase (2000-2002), foi desenvolvido nos campos de Administração de Empresas, Química, Ciências de Educação, Geologia, História, Matemática e Física; a fase II (2003-2004) incluiu **Enfermagem** e Estudos Europeus.

Notemos, todavia, que Portugal desenvolveu, em 2002, o enquadramento das **Competências de Enfermeiros de Cuidados Gerais**, e este elemento essencial estava, à altura do Tuning, já definido entre nós.

A posição conjunta²⁵ da European Federation of Nurses Associations (EFN) e do International Council of Nurses (ICN) é que existem falhas e ambiguidades no inventário do Tuning Project. E que a adequação do Processo de Bolonha à Enfermagem europeia deve considerar o impacto das modificações quanto à formação, aos modos de acesso à profissão, recomendando cuidado em assegurar que ou a diversidade europeia se mantém ou existe uma transição dirigida a todos através da Europa.

Os descritores do 2º ciclo têm uma clara correspondência às condições do grau de licenciatura no quadro da anterior lei de bases e às actuais práticas da formação inicial dos enfermeiros, tal como o desenvolvimento científico e tecnológico o exigem.

Existe uma correspondência inequívoca entre as condições a serem demonstradas pelos estudantes no final do 2º ciclo com os quadros legislativos e conceptuais de suporte ao exercício da profissão - nomeadamente, o conteúdo do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Dec-Lei 161/96 de 4 de Setembro; as normas da deontologia profissional insertas no Dec-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigos 74º a 78º, o enquadramento conceptual e padrões de qualidade que se encontram corporizados nas competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, estas suportadas nas orientações do International Council of Nurses (ICN).

A formação inicial em enfermagem deverá garantir a aquisição de competências profissionais de acordo com o quadro de referência da profissão, aprovado pela OE em 2002, habilitando para o exercício autónomo e possibilitando o desenvolvimento subsequente de competências.

A promoção da cooperação europeia no campo da qualidade, inegavelmente necessária e articulando processos e instrumentos, assume particular pertinência nos quadros de formação para uma profissão autónoma e em que as directivas consideram pelo menos metade do programa

²⁴ "European higher education institutions recognise that their students need and demand qualifications which they can use effectively for the purpose of their studies and careers all over Europe. The institutions and their networks and organisations acknowledge their role and responsibility in this regard, and confirm their willingness to organise themselves accordingly within the framework of autonomy".

²⁵ "EFN and ICN's analysis of the subject specific competencies developed by the nursing group compared with the ICN competencies for the Generalist Nurse has identified some gaps that need to be filled, some ambiguities that need to be clarified and some linkages that need to be strengthened if patient safety and optimum professional development are to be assured."

curricular em ensino clínico; ou seja, integrando práticas em contexto de trabalho, orientadas por enfermeiros e em locais considerados adequados.

Deste modo, a creditação dos cursos, ainda que de natureza académica, articula-se com a creditação dos espaços formativos, eles mesmos de natureza profissional.

Em **Praga, 2001**, aumentam para nove, as linhas de acção, com: promover a aprendizagem ao longo da vida; promover o envolvimento e participação das instituições e dos estudantes e promoção da atractividade e competitividade no espaço europeu de ensino superior.

O desenvolvimento da profissão e dos enfermeiros é potencializado pelas estratégias e processos de aprendizagem ao longo da vida onde os percursos de profissionalização podem ser diversos, integrados e integradores de várias vertentes onde se inclui o suporte da formação formal.

Consideramos que a aprendizagem ao longo da vida se articula com o reconhecimento e a certificação de competências, na esfera profissional, e, desta forma, se cruza com o modelo de desenvolvimento profissional que se encontra em construção.

Em **Berlim, 2004**, fixam-se em dez com o nível de doutoramento (terceiro ciclo).

O desenvolvimento da disciplina deverá assentar cada vez mais na investigação sobre as principais questões que se colocam à adequação dos cuidados de enfermagem às respostas humanas à doença e aos processos de vida.

Em **Bergen, 2005**, compromete-se a implementação dos standards e guidelines de garantia da qualidade, a implementação dos enquadramentos nacionais de qualificações e o reconhecimento dos «joint degrees», incluindo o 3º ciclo.

A Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao **reconhecimento das qualificações profissionais** rege o reconhecimento mútuo das qualificações no domínio das profissões regulamentadas.

O objectivo fulcral da directiva foi consolidar as quinze directivas adoptadas entre 1975 e 1999, que instauraram os diferentes regimes de reconhecimento, e promover a reforma do regime das qualificações profissionais a fim de criar um quadro jurídico único e coerente (embora mantendo as garantias inerentes a cada sistema de reconhecimento existente), liberalizar mais a prestação de serviços, facilitar o reconhecimento das qualificações e simplificar os procedimentos administrativos e de actualização. Este processo de consolidação legislativa destinou-se, por conseguinte, a agrupar num único texto as três directivas relativas ao sistema geral (Directivas 89/48/CEE e 92/51/CEE do Conselho, a Directiva 1999/42/CE do Parlamento Europeu e do Conselho), a Directiva 2001/19/CE (SLIM) e as doze directivas sectoriais, abrangendo as sete profissões seguintes: **enfermeiro responsável por cuidados gerais**, médico, dentista, parteira, veterinário, farmacêutico e arquitecto. A consolidação destas quinze directivas conduz à sua

revoção e a Directiva 2005/36/CE impõe obrigações juridicamente vinculativas às autoridades dos Estados-Membros.

Notemos, porém, que esta Directiva não correspondeu a uma actualização, pese o facto de terem passado 30 anos sobre a sua concepção – assim, sob um formato integrado, manteve-se o conteúdo e a lógica dos anos 70 (mais concretamente, 30 anos em 2007).

III. ENQUADRAMENTO E CONTEXTO NACIONAL

NA ADEQUAÇÃO AO PROCESSO DE BOLONHA

Reflectir sobre a Enfermagem, enquanto profissão e enquanto disciplina científica implica tanto o enquadramento no sistema de ensino e no sistema profissional quanto nos cenários estratégicos do País.

O último ano foi profícuo no desenvolvimento de documentos, processos e estratégias em diversos quadrantes de actividade – quer pelo Compromisso com a Ciência²⁶, o propósito de Enhancing Portugal's human capital²⁷, os Relatórios da ENQA e da OCDE.

É preocupante o baixo nível de estudos académicos da população, o baixo nível de conclusão do ensino superior e fraco desempenho escolar. Apesar de o ingresso no ensino superior ter aumentado, o número dos que concluem aponta para desistências e taxas de insucesso muito elevados.

No contexto da Estratégia de Lisboa e do Plano Tecnológico Português²⁸, estão definidas metas em termos de aumento de ingressos e de sucesso no ensino superior, quer para grupos com idades mais tradicionais quer para alunos adultos. De entre as prioridades do governo, incluem-se a implementação do Processo de Bolonha, a reforma da governação institucional, a autonomia institucional, um sistema nacional de acreditação de programas, as questões de acesso de alunos e de igualdade de oportunidades e a relação entre os sistemas universitário e politécnico. É evidente a preocupação em melhorar a qualificação dos portugueses, a diferentes níveis.

Assumido como prioridade para as políticas públicas, o Plano Tecnológico traduz a aplicação, em Portugal, das prioridades da Estratégia de Lisboa. Como estratégia para promover o desenvolvimento e reforçar a competitividade do país, baseia-se em três eixos: conhecimento, tecnologia e inovação. No eixo do conhecimento, uma das medidas é “Estimular novos processos de ensino/aprendizagem no ensino superior, implementando o Processo de Bolonha”.

A decisão de relançar a Estratégia de Lisboa e a apresentação do Quadro de Referência Estratégico Nacional (2007-2013) anunciam *uma visão para Portugal e o país que queremos ser em 2013*, estabelecendo dez prioridades²⁹, sustentando as opções económicas e o próprio Plano Tecnológico. As guidelines³⁰ ou

²⁶ Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Um Compromisso com a Ciência para o futuro de Portugal. Vencer o atraso científico e tecnológico. Documento de orientação. Abril, 2006

²⁷ Enhancing Portugal's Human Capital. Economics Department Working Papers no. 505. Eco/wkp (2006) 33. 28-jul-2006.

²⁸ F. <http://www.planotecnologico.pt/pt/planotecnologico/o-que-e-o-plano/lista.aspx>

²⁹ As prioridades são: “1ª - preparar os jovens para o futuro e modernizar o nosso ensino; 2ª - qualificar os trabalhadores portugueses para modernizar a economia e promover o emprego; 3ª - Investir mais em Ciência & tecnologia (o QREN como instrumento financeiro ao serviço do Plano Tecnológico); 4ª - Reforçar a internacionalização e a inovação nas empresas; 5ª - Modernizar o Estado e reduzir os

Orientações Integradas para o Crescimento e Emprego (2005-2008), no que se refere às orientações sobre o emprego, afirmam como orientação “24.) Adaptar os sistemas de educação e formação em resposta às novas exigências em matéria de competências”.

No que se refere ao ensino terciário, notando as reformas significativas e as mudanças de políticas apontadas³¹ pelo Relatório da OCDE, realça-se o reforço do sistema binário e, na formulação expressa de um novo papel aos politécnicos, aponta-se que a principal localização institucional de programas profissionais de primeiro e de curto ciclo deverá ser o sector politécnico.

A Equipa de Revisão defendeu “um aumento do número de estudantes no ensino superior e uma estabilização neste aumento, a favor de programas de bacharéis com orientação profissional e, particularmente, em programas de orientação profissional de curto ciclo no ensino politécnico”. Mais defendeu a exclusão³² dos politécnicos da investigação, considerando o ensino politécnico como: “um ensino com uma maior vertente aplicada e técnica e uma forte orientação vocacional, para a formação de técnicos de nível intermédio para as indústrias, empresas de serviços e unidades educacionais”. Compreende-se a necessidade social e nacional de “formar licenciados empregáveis com conhecimentos práticos, fundamentados por capacidades analíticas e de resolução de problemas”³³.

No global, são hoje mais claros os contornos relativamente ao que se pretende para a Educação Terciária, na qual se insere o ensino superior e, neste, o papel de cada um dos subsistemas.

O Relatório da OCDE, a par do reforço do sector politécnico, caracteriza o subsistema e, olhando para as vagas e classificações de acesso dos candidatos a enfermagem, para a realidade da formação dos

custos de contexto; 6ª - Reforçar a inserção no espaço europeu e global; 7ª - Valorizar o Ambiente e promover o desenvolvimento sustentável; 8ª - Valorizar o território e a qualidade de vida; 9ª - Promover a Igualdade de Género; 10ª - Afiramar a Cidadania, a igualdade de oportunidades e a coesão social. “Conhecimento, qualificação, competitividade, coesão social - estas são as palavras-chave que vão marcar os programas, as iniciativas e os projectos que os 45 mil milhões de euros do QREN vão financiar.” Intervenção do primeiro Ministro no lançamento do QREN, *Uma visão para Portugal. O país que queremos ser em 2013*. 17 Janeiro 2007. <http://www.estrategiadelisboa.pt/InnerPage.aspx?idCat=578&idMasterCat=576&idLang=1&idContent=1174&idLayout=6&site=estrategiadelisboa>

³⁰ Cf. http://www.estrategiadelisboa.pt/document/guidelines_pt.pdf

³¹ “Portugal não alcançará os ambiciosos objectivos que delineou para o seu sistema de ensino superior no contexto da estratégia de Lisboa a não ser que sejam feitas reformas significativas e mudanças de políticas em três áreas chave relacionadas com a coordenação do sistema e seis aspectos importantes relacionados com a diversidade do sistema” (p. 29). São elas: (1) desenvolvimento de uma estrutura nacional de planeamento do ensino superior: Conselho Nacional para o Ensino Superior; (2) contratos institucionais negociados; (3) reforço da capacidade de orientação. Quanto à diversidade do sistema – (1) novos públicos, novos programas; (2) clarificação dos tipos institucionais e das respectivas funções; (3) desenvolvimentos diferenciados na autonomia institucional; (4) acreditação e licenciamento do programa e a implementação do “processo de Bolonha”; (5) racionalização do panorama institucional (redução do número de organizações relativamente autónomas dentro do sistema); (6) Reforçar a rede institucional, com ofertas de programas coordenados, programas conjuntos, acordos estruturais para transferência de alunos, partilha de infra-estruturas e capacidade, etc. Contudo, o painel aconselha que estas iniciativas sejam apoiadas apenas onde haja uma clara ênfase no reforço das competências regionais, respeitando ao mesmo tempo as diferentes missões das universidades e politécnicos.

³² “A exclusão dos politécnicos da investigação e da educação de investigação é normalmente justificada por três fundamentos base: a limitação à disponibilidade de capacidade de investigação de qualidade e a necessidade de concentrar mais do que dispersar essa capacidade; o elevado custo de sustentar a investigação de excelência, e a necessidade de conter os custos globais da investigação e do sistema de formação em investigação; e a necessidade de os politécnicos se concentrarem na transmissão e aplicação de conhecimentos, mais do que na preservação e geração de conhecimento. Os politécnicos contribuem para o sistema nacional de inovação, sobretudo através da formação de capacidades e da transferência de tecnologias.” (Idem, p. 54)

³³ Idem, p. 55

enfermeiros, claramente o estudante de enfermagem não faz parte do perfil aqui definido³⁴ do estudante politécnico.

Recorrendo ao enquadramento legal do ensino superior e à diferença estabelecida na Lei de Bases, considere-se o ensino universitário, “orientado por uma constante perspectiva de promoção de investigação e de criação do saber, visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de actividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de concepção, de inovação e de análise crítica”³⁵. Da mesma forma, no Regime Jurídico do desenvolvimento e da qualidade do ensino superior, se considera que “as universidades são centros de criação, transmissão e difusão da cultura, da ciência e da tecnologia que, através da articulação do estudo, da docência e da investigação, se integram na vida da sociedade”³⁶. A caracterização do ensino universitário coloca a enfermagem no seu seio, pelo que a Ordem dos Enfermeiros considera que a formação em Enfermagem deve evoluir para a sua plena integração no Ensino Universitário.

Por outro lado, a par da regulação por força das leis gerais do ensino superior, o ensino de enfermagem tem um regime jurídico próprio, que explicitámos no percurso da profissão, e que carece de ser (re)olhado³⁶. O Decreto-Lei n.º 74/2006 estabeleceu a estrutura e graus, distinguindo universidades e politécnicos no contexto da estrutura de qualificação de três ciclos de Bolonha.

E aqui radicam-se problemas importantes, por três ordens de razões: (1) a definição de licenciado (designação nacional para a palavra *bachelor*); (2) o ciclo de estudos integrado conducente ao grau de mestre fica afecto apenas às universidades (Artigo 19º) e (3) a definição dos descritores dos diferentes graus previstos (Artigo 15º).

³⁴ “os politécnicos geralmente diferem das universidades em quatro pontos principais: têm custos unitários mais baixos de licenciatura; dão mais ênfase ao ensino prático; fornecem licenciados para áreas específicas (maioritariamente intermédias) do mercado de trabalho; e não oferecem cursos de pós-graduação pela investigação (Doutoramento e Mestrado pela Investigação). Consequentemente, os politécnicos dão um importante contributo à sustentabilidade de um sistema de ensino superior para as massas e não para a elite e, de facto, uma contribuição adicional para a transição da participação de massas para participação universal. Os politécnicos capacitam uma expansão eficiente com equidade. Admitem tipicamente estudantes que de outra forma não teriam acesso ao ensino universitário e, por isso aumentam a taxa de participação. Geralmente ajudam os seus alunos a progredir e a ter sucesso com padrões aceitáveis de aprendizagem. A participação dos estudantes de backgrounds desfavorecidos oferece uma oportunidade para uma ascensão social entre gerações.” (Relatório OCDE, p. 53).

³⁵ Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto, n.ºs 3 e 4.

³⁶ Vidé DEODATO, Sérgio – (Re)Olhar o enquadramento jurídico do ensino de enfermagem. Revista Percursos. Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. n.º 2, p. 39-42. Disponível em http://www.ess.ips.pt/Percursos/Percursos_n2_Dez2006.pdf

Uma das leituras é que, juridicamente, trata-se de uma desactualização histórica do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro, uma vez que o regime jurídico do ensino de enfermagem é anterior ao Processo de Bolonha. Desta forma, será necessária a actualização do regime jurídico do ensino de enfermagem face ao novo quadro legislativo decorrente de Bolonha.

Por outro lado, recuperemos o que já foi descrito quanto ao que distingue o ensino superior universitário e o ensino superior politécnico. A nível europeu, considerando as mudanças ocorridas no ensino de enfermagem³⁷, em muitos países tal representou a passagem do curso de enfermagem a formação de nível superior. Neste sentido, a referencialidade europeia, quanto à estrutura de ciclos e graus não é comparável, como já assinalámos quanto aos níveis de formação.

O cruzamento entre algumas competências do enfermeiro de cuidados gerais e os descritores referidos, assim como do objecto do Curso de Licenciatura, podem revelar-se de clarificadores da correspondência que se considera, com os descritores do 2º ciclo.

Acresce que o Processo de Bolonha considera³⁸ o desenvolvimento de um Quadro Europeu de Qualificações e evoque-se a Proposta de Recomendação³⁹ relativa ao Quadro Europeu de Qualificações, que se espera aprovada⁴⁰ até ao final de 2007 e que apresenta oito níveis de resultados de aprendizagem. Acresce que estes oito níveis incluem os indicadores de definição dos ciclos de estudos (1º, 2º e 3º ciclo), respectivamente, de nível 6, 7 e 8.

Colocamos, em paralelo, os itens relativos ao objecto do Curso de Licenciatura, das Competências, descritores de 2º Ciclo e nível 7 do QEQ, no quadro seguinte:

³⁷ ZABALEGUI, Adelaida; MACIA Loreto, et al - Changes in Nursing Education in the European Union. *Journal of Nursing Scholarship*, 2006; 38:2, p. 114-118.

Disponível em <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1547-5069.2006.00087.x> (17.01.2007)

"Efforts are in process to implement significant changes in nursing education in EU countries, with creation of a new European higher education structure within the framework of the Bologna Declaration, consisting of: 1. A strong and increasing governmental emphasis on shorter undergraduate studies, first aimed at reducing their actual duration to their official length; 2. A marked trend toward more autonomy of universities, coupled with new initiatives for quality control and evaluation; 3. Gradual adoption of the ECTS credit system; the firstdegree level for professional entry will be the bachelor's degree, and the 3-year diploma level will be eliminated; 4. A shift from a staff-oriented approach to a studentcentered approach; 5. Less specialized education at undergraduate level, with specialized education at graduate level; and 6. An agreement to focus not on years but on credits and competencies, with the adoption of common but flexible guidelines for qualifications." (p. 118)

³⁸ *Towards a European Qualifications Framework: A View from the European Consortium for Accreditation (ECA)*. February 2004. Em http://www.bologna-bergen2005.no/b/BFUG_Meetings/040309Dublin/0402ECA_on_EQF.pdf

³⁹ *Aplicar o programa comunitário de Lisboa. Proposta de recomendação do parlamento europeu e do conselho relativa à instituição do quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. Comissão das Comunidades Europeias. Setembro 2006. http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/com_2006_0479_pt.pdf

⁴⁰ Assim é afirmado em *The European Qualifications Framework: a new way to understand qualifications across Europe*.

Quadro – Relação do objecto do Curso de Licenciatura, as Competências, os descritores de 2º Ciclo e o nível 7 do QEQ

<p>1999 DL 353/99 de 3 de Setembro Artº 5º - Objecto do Curso de Licenciatura</p>	<p>2002 Excertos de “Competências do Enfermeiro de cuidados gerais”</p>	<p>2006 Descritores do 2º ciclo Artigo 15º DL nº 74/2006 de 24 de Março</p>	<p>2006 Proposta de Quadro Europeu de Qualificações Nível 7</p>
<p>Assegura a formação científica, técnica, humana e cultural para: Prestação e gestão de cuidados de Enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. O Curso visa ainda assegurar a formação necessária para: a) A participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; b) A participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; c) Ao desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito.</p>	<p>21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como as evidências 86- Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem... <i>entre outras</i></p>	<p>Alínea a) “Permitam ou constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”</p>	<p><u>conhecimentos</u> altamente especializados, alguns dos quais se encontram na vanguarda do conhecimento numa determinada área de estudo ou de trabalho, que sustentam a capacidade de reflexão original consciência crítica das questões relativas aos conhecimentos numa área e nas interligações entre várias áreas</p> <p><u>aptidões</u> especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação e/ou inovação, para desenvolver novos conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas</p> <p><u>competência</u> gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem abordagens estratégicas novas assumir responsabilidades por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e/ou para rever o desempenho estratégico de equipas</p>
	<p>24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados 25 – Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados 33 – Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades 56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente 75 – Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração. 76 – Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social. 77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente. 78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde. <i>entre outras</i></p>	<p>Alínea b) “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares...”</p>	
	<p>6 – Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas 23 –Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas 30 – Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura 51 –Revê e reformula o plano de cuidados regularmente... 57 – Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe <i>entre outras</i></p>	<p>Alínea c) “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais...”</p>	
	<p>29 – Apresenta a informação de forma clara e sucinta 65 – Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder 94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas 95 – Actua como um mentor/tutor eficaz <i>entre outras</i></p>	<p>Alínea d) “Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios ...”</p>	
	<p>92 –Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências 93 – Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua <i>entre outras</i></p>	<p>Alínea e) “Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”</p>	

IV. MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL PRECONIZADO PELA OE

O reconhecimento de que “os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade...”⁴¹ permitiu que o estado português, 1998, devolvesse aos enfermeiros, enquanto corpo institucional idóneo, os poderes de regulamentação e controle do exercício profissional.

Na consecução desse mandato social da Ordem dos Enfermeiros, o modelo de desenvolvimento profissional assume particular relevância, os seus eixos estruturantes, a saber: a certificação de competências e a individualização das especialidades, constituem-se como importantes mecanismos de regulação profissional.

O quadro de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, até agora em vigor, está profundamente assente numa lógica académica, dado que deter habilitação académica tem sido suficiente para a atribuição dos títulos profissionais de enfermeiro e de enfermeiro especialista.

A criação, em 1999, do Curso de Licenciatura em Enfermagem a importante abrangência do objecto desse curso, veio permitir aos enfermeiros uma melhor qualificação, capacitando-os a assumir maior responsabilidade na prestação e gestão de cuidados e a uma maior autonomia nos seus percursos de desenvolvimento de competências.

É neste pressuposto que a OE, proponha um modelo que, não só privilegie a vinculação à natureza dos cuidados de enfermagem, através de um período inicial de exercício profissional tutelado, como permita percursos profissionais no sentido da especialização de todos os enfermeiros, num determinado domínio de enfermagem.

A valorização do contributo dos cuidados de enfermagem para os cuidados de saúde, terá de se suportar neste novo modelo de desenvolvimento profissional, consistente e coerente com os quadros conceptual e legal, conforme apresentado no capítulo da Regulação Profissional, de referência para os cuidados de enfermagem e com a perspectiva das necessidades de saúde da população e das respostas mais adequadas a essas necessidades.

Como a OE tem vindo a afirmar, no actual quadro do ensino superior em Portugal, as condições de qualificação e de autonomia correspondem às expressas nos descritores relativos às competências a demonstrar pelos detentores de um 2º ciclo de estudos.

Esse conjunto de competências, respondendo às exigências profissionais decorrentes do código deontológico do enfermeiro e das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, é essencial para a estruturação dos percursos formativos para enfermeiro especialista. Percursos que tenham como núcleo os cuidados de enfermagem de que a população necessita e como dimensões essenciais, experiências de prática clínica, de formação e de investigação.

⁴¹ Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril (Preâmbulo).

Há neste modelo uma dinâmica que permite combinar e integrar qualificações adquiridas em diferentes experiências de elevado nível de desempenho, numa exigente combinação entre conhecimentos e competências, que permitam uma compreensão crítica do complexo e imprevisível campo de intervenção de enfermagem e das suas interfaces no domínio disciplinar e profissional da saúde; a inovação e o desenvolvimento de novo conhecimento e prática profissional.⁴²

Estes são aspectos essenciais para a responsabilidade inalienável de procurar e garantir as respostas adequadas às necessidades em cuidados de saúde e de enfermagem da população portuguesa.

⁴² COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES - Implementing the Community Lisbon Programme Proposal for a Recommendation of the European Parliament and of the Council on the establishment of the European Qualifications Framework for lifelong learning. Brussels, 5.9.2006. 2006/0163 (COD).