

Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação relativamente à sua autoridade para prescrever

Bruno de Noronha Gomes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica:

Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, outubro de 2017

Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação relativamente à sua autoridade para prescrever

Bruno de Noronha Gomes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica:

Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, outubro de 2017

Resumo

Este trabalho procura contribuir para o estudo do fenómeno da prescrição por enfermeiros especialistas, neste caso em concreto em Reabilitação, em Portugal. Para tal, inicia-se com a análise de alguns referenciais teóricos da profissão, tais como o processo de enfermagem, a qualidade dos cuidados e a natureza do ato de cuidar, passando em seguida para uma abordagem à legislação da prescrição de medicamentos, de ajudas técnicas / produtos de apoio, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de tratamentos no ordenamento jurídico português.

A fim de suportar as comparações internacionais que se fazem ao longo do trabalho, opera-se uma análise da enfermagem na União Europeia e no mundo ao nível das diferentes categorias de enfermeiros existentes, dos variados percursos formativos e da realidade da prescrição em diferentes países.

Os principais objetivos a que nos propusemos com esta dissertação foram 3, nomeadamente:

- Identificar os obstáculos e as alavancas/mais-valias que os enfermeiros especialistas em reabilitação (EER) associam à formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal;
- Avaliar as necessidades de formação identificadas pelos EER para se sentirem aptos a prescrever e quais os conhecimentos que já consideram deter;
- Analisar e identificar se os EER já prescrevem informalmente, ou sejam, se já decidem sobre tratamentos, medicamentosos ou não, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico.

Do ponto de vista metodológico recorreu-se a um questionário por nós elaborado, suportado pela evidência do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em matéria de prescrição e que visava sobretudo identificar, avaliar e analisar aquilo que os enfermeiros especialistas em reabilitação, à altura inscritos na Ordem dos Enfermeiros, consideravam como obstáculos ou alavancas / mais-valias à introdução da prescrição formal por enfermeiros em Portugal, bem como as suas práticas quotidianas nesta matéria. Os resultados obtidos através de metodologia quantitativa foram analisados recorrendo a

vários testes estatísticos, a fim de encontrar correlações que nos pudessem dar pistas para abordagens em estudos futuros, considerando o carácter exploratório do nosso trabalho.

Em termos de resultados, encontrámos diferenças estatisticamente significativas tanto ao nível do local de trabalho como da categoria profissional na qual o enfermeiro especialista exerce e as perceções sobre obstáculos e alavancas / mais-valias. Também encontrámos diferenças estatisticamente significativas sobre as necessidades formativas dos enfermeiros para se sentirem aptos a prescrever, quer ao nível das diferentes disciplinas quer ao nível da profundidade dos conhecimentos a adquirir, bem como sobre a aptidão e autoridade que sentem atualmente para prescrever.

Em termos de conclusões, há a destacar a relevância da vontade política e das práticas de financiamento da atividade desenvolvida pelo SNS para a implementação da prescrição por enfermeiros. Alguns dos dados obtidos não subscrevem achados de outros estudos, levados a cabo noutros países, o que considerámos positivo pois remete para a necessidade de explorar e aprofundar o porquê dessas diferenças.

Para desenvolvimentos futuros, propomos um maior aprofundamento da representação social que a classe de enfermagem tem da prescrição, a fim de clarificar a preponderância da prescrição de medicamentos nessas representações sociais e a maior ou menor presença de outras dimensões prescritivas.

Em termos de contributo para o desenvolvimento de futuras políticas para a profissão em particular e do sector da saúde em geral, deixamos o facto de ter sido encontrada evidência científica que contraria a ideia de que a introdução da prescrição por enfermeiros serve para dar resposta a uma deficiente acessibilidade a médicos.

Palavras-chave: enfermagem, prescrição, prática avançada, reabilitação

Abstract

This work aims to contribute to the study of the phenomenon of prescription by specialist nurses, in this case in particular in Rehabilitation, in Portugal. To do so, it begins with the analysis of some theoretical references of the profession, such as the nursing process, the quality of care and the nature of the act of caring, and then to an approach to the legislation of the prescription of medicines, techniques / products of support, complementary means of diagnosis and therapy and treatments in the Portuguese legal order.

In order to support the international comparisons that are made throughout the work, an analysis of the nursing in the European Union and in the world is carried out at the level of the different categories of existing nurses, the different training paths and the reality of the prescription in different countries.

The main objectives that we proposed with this dissertation were 3, namely:

- Identify the obstacles and levers / benefits that nurses specialized in rehabilitation (EER) associate with the formalization of prescription by nurses in Portugal;
- Evaluate the training needs identified by the EERs to determine if they feel able to prescribe and what knowledge they already consider to be deterred;
- Analyze and identify whether EERs already prescribe informally, or whether they already decide on treatments, medicated or not, without there being an express prescription by the doctor.

From a methodological point of view, we used a questionnaire developed by us, based on the evidence from the International Council of Nurses (ICN) on prescribing, which was mainly aimed at identifying, evaluating and analyzing what specialized rehabilitation nurses considered as obstacles or levers / added value to the introduction of the formal prescription by nurses in Portugal, as well as their daily practices in this matter. The results obtained through quantitative methodology were analyzed using several statistical tests, in order to find correlations that could give us clues to approaches in future studies, considering the exploratory nature of our work.

In terms of results, we found statistically significant differences between the work place and the professional category in which the specialist nurse performs and the perceptions

about obstacles and levers / added value. We also found statistically significant differences in nurses' training needs to be able to prescribe, both at the level of the different disciplines and at the level of the depth of knowledge to be acquired, as well as on the aptitude and authority they currently feel to prescribe.

In terms of conclusions, it is worth mentioning the relevance of the political will and practices of financing the activity developed by the NHS for the implementation of the prescription by nurses. Some of the data obtained do not subscribe to findings from other studies carried out in other countries, which we considered positive because it refers to the need to explore and deepen the reason for these differences.

For future developments, we propose a further deepening of the social representation that the nursing class has of prescription, in order to clarify the preponderance of prescription of drugs in these social representations and the presence of other prescriptive dimensions.

In terms of contributing to the development of future policies for the profession in particular and the health sector in general, we underline the fact that evidence has been found which runs counter to the idea that the introduction of prescription by nurses serves to respond to poor accessibility to physicians.

Key words: nursing, prescription, advanced practice, rehabilitation

Siglas

AACN - *American Association of Colleges of Nursing*

ACP – análise de componentes principais

ADSE – Assistência na Doença dos Servidores do Estado

AFRM - *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine*

APN - *advanced practice nurse*

APRN - *advanced practice registered nurse*

ARNA - *Australasian Rehabilitation Nurses Association*

BC – *British Columbia*

CE – Conselho de Enfermagem

CGE - *Consejo General de Enfermería*

CHNP – community health nurse practitioner

CIE / ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros / *International Council of Nurses*

CRD - cuidados respiratórios domiciliários

CSP – cuidados de saúde primários

DCE – doutoramentos em clínica de enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DoH – *Department of Health*

DPC – desenvolvimento profissional contínuo

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSN – *Diabetes Specialist Nurse*

DST – doenças sexualmente transmissíveis

EDL – *essential drugs list*

EER – Enfermeiros Especialistas em Reabilitação

EPA – enfermeiro de prática avançada

EQF – *European Qualification Framework*

EUA – Estados Unidos da América

FNP – *family nurse practitioner*

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

ISS – Instituto da Segurança Social

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

MDA – *misuse of drugs act*

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NCNZ – *Nursing Council of New Zealand*

NCT – *Nursing Council of Thailand*

NHS – *National Health Service*

NMC – *Nursing and Midwifery Council*

NOC – Normas de Orientação Clínica

NP – *nurse practitioner*

NSW – *New South Wales*

NTF - *National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OLD - oxigenoterapia de longa duração

OMS / WHO – Organização Mundial de Saúde / *World Health Organization*

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

PBS - *Pharmaceutical Benefit Scheme*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN / ER – *registered nurse* / enfermeiro registado (num organismo regulatório)

RNP - *registered nurse prescribers*

SANC – *South African Nursing Council*

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva de Sono

UE – União Europeia

VMD - ventilação mecânica domiciliária

Índice

Resumo	1
Abstract.....	3
Siglas	5
Índice de gráficos.....	11
Índice de tabelas	12
Introdução.....	18
Enquadramento teórico.....	20
1. A Enfermagem em Portugal	20
1.1. A licenciatura, o estabelecimento da autorregulação e a existência de um código deontológico	20
1.2. As competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação – uma análise comparada.....	25
1.3. O processo de enfermagem.....	33
1.3.1. Qualidade dos cuidados de enfermagem.....	33
1.3.2. Cuidar, cuidados de enfermagem e necessidade de cuidados	34
2. A prescrição na legislação nacional	38
2.1. Medicamentos.....	38
2.2. Ajudas técnicas / produtos de apoio	47
2.3. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).....	51
2.4. Tratamentos	52
3. A Enfermagem na Europa e no Mundo	55
3.1. Categorias de enfermeiros na União Europeia e no Mundo.....	55
3.2. A prescrição por enfermeiros na União Europeia e no Mundo	69
3.2.1. A perspetiva do Conselho Internacional de Enfermeiros.....	73
3.2.2. A perspetiva da Ordem dos Enfermeiros	76
4. Enquadramento metodológico.....	80
4.1. Metodologia.....	80
4.2. Questionário	85

4.3. Procedimento estatístico	86
5. Análise e apresentação dos dados.....	88
5.1. Perfil sociodemográfico.....	88
5.2. Aplicação dos testes estatísticos aos resultados obtidos nas respostas relativas aos obstáculos e alavancas / mais-valias da prescrição por enfermeiros	90
5.2.1. Obstáculos	90
5.2.2. Alavancas / mais-valias	96
5.2.3. Necessidades formativas	103
5.2.4. Perceção de autonomia prescritora.....	104
5.3. Análise das respostas	105
5.3.1. Obstáculos	105
5.3.2. Alavancas / mais-valias	114
5.3.3. Necessidades formativas	137
5.3.4. Perceção da autonomia prescritora.....	141
6. Discussão dos resultados	145
7. Conclusões finais e perspetivas futuras	153
Referências bibliográficas	156
Anexos	163
Anexo 1 – A realidade da prescrição por enfermeiros em diferentes países.....	164
Austrália	164
Botswana	166
Canadá	167
Fiji.....	168
Hong Kong	168
Irlanda.....	169
Jamaica	171
Holanda.....	172
Nova Zelândia.....	172
África do Sul.....	175

Espanha.....	176
Suécia	178
Tailândia.....	178
Uganda.....	179
Reino Unido.....	180
Estados Unidos da América.....	185
Anexo 2 – Bibliografia das leituras exploratórias	188
Anexo 3 – Competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do Canadá.....	200
Anexo 4 - Questionário	217
Anexo 5 – Evidências bibliográficas para construção da amostra	251
Anexo 6 - Análise descritiva às questões sobre obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros	259
Anexo 7 - Análise descritiva às questões sobre mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros	261
Anexo 8 - Alavancas / mais-valias profissionais internas à profissão.....	265
Anexo 9 - Alavancas / mais-valias profissionais externas à profissão	268
Anexo 10 – Alavancas / mais-valias de carácter formativo / investigativo.....	270
Anexo 11 - Amplitude dos conhecimentos necessários à prescrição	272
Anexo 12 - Necessidades formativas por disciplina.....	275
Anexo 13 - Rácio de médicos e de enfermeiros por 1000 habitantes entre 1996 e 2015 em países OCDE	283
Anexo 14 – Necessidade de formação em patologia para prescrever em complementaridade.....	284

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Atribuição de produtos de apoio por faixas etárias em 2013	50
Gráfico 2 - Necessidades formativas	139
Gráfico 3 - Necessidades formativas	139
Gráfico 4 - Relação entre necessidades formativas por modalidade prescritora e nível "elevado"/"muito elevado"	141
Gráfico 5 - Capacidade prescritora percebida pelos EER	144

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tipos de erros de medicação	23
Tabela 2 - Comparação entre domínios da prática especializada em enfermagem de reabilitação.....	27
Tabela 3 - Domínios de prática profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	29
Tabela 4 - Medicamentos não sujeitos a receita médica à venda em ambulatório	40
Tabela 5 – caracterização do ensino de enfermagem na UE e região dos Balcãs	56
Tabela 6 – Formação pré e pós-registo em alguns países da UE	59
Tabela 7 – Comparação entre as competências de um EPA e de um EER	66
Tabela 8 – Emparelhamento dos domínios de competência de um EER e de um EPA .	68
Tabela 9 – Considerações éticas na metodologia adotada.....	85
Tabela 10 – Caracterização da amostra	88
Tabela 11 – Estatística descritiva das questões relativas aos obstáculos à prescrição por enfermeiros	91
Tabela 12 – Estatística de KMO e Esfericidade de <i>Bartlett</i>	91
Tabela 13 - Alfa de <i>Cronbach</i> de cada uma das dimensões.....	92
Tabela 14 - Alfa de <i>Cronbach</i> Global – Obstáculos à prescrição por enfermeiros.....	92
Tabela 15 - Estatísticas resultantes da análise de componentes principais relativas aos obstáculos	92
Tabela 16 - Tabela síntese da Aplicação do Rho de Spearman e do V de Cramer para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de funções que se exerce e a perceção dos obstáculos	94
Tabela 17 – Estatística descritiva das questões relativas às alavancas / mais-valias da introdução da prescrição por enfermeiros	96
Tabela 18 - Estatística de KMO e Esfericidade de <i>Bartlett</i>	97
Tabela 19 – Alfa de <i>Cronbach</i> de cada uma das dimensões	97
Tabela 20 – Alfa de <i>Cronbach</i> global de alavancas / mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros	97
Tabela 21 - Estatísticas resultantes da análise de componentes principais relativa às alavancas / mais-valias	98
Tabela 22 - Teste de diferenças Kruskal-Wallis para avaliar se o local de trabalho influencia significativamente a perceção de alavancas / mais-valias	100
Tabela 23 – síntese dos achados relativamente à influência do local de trabalho.....	102
Tabela 24 - Coeficiente de Associação de V <i>Cramer</i> entre as variáveis “necessidade de formação em patologia para prescrever medicamentos em complementaridade” e “categoria profissional”	104
Tabela 25 – Quadro síntese dos testes de correlação, com significado estatístico, entre a perceção da autonomia prescritora e as funções em que se exerce	104
Tabela 26 - Ação dos departamentos governamentais	105
Tabela 27 – Ausência de jurisdição legal	106
Tabela 28 – Ausência de vontade política	106

Tabela 29 - Obstáculos legislativos/governamentais.....	106
Tabela 30 – Médicos a nível individual	108
Tabela 31 – Médicos enquanto coletivo	108
Tabela 32 – Farmacêuticos a nível individual	108
Tabela 33 – Farmacêuticos enquanto coletivo	108
Tabela 34 – Medo do litígio	109
Tabela 35 – Pouca competência	109
Tabela 36 – Profissão liberal	109
Tabela 37 – Ambivalência face ao procedimento (prescrição)	110
Tabela 38 – Natureza da relação entre médicos e enfermeiros	111
Tabela 39 – Preocupação com a segurança dos doentes	111
Tabela 40 – Perspetiva de ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar	111
Tabela 41 – Dotações	111
Tabela 42 – Modelo de financiamento institucional vigente na instituição onde trabalha	112
Tabela 43 – Existência de fármacos sem necessidade de prescrição	112
Tabela 44 – Escassez de enfermeiros	113
Tabela 45 – Obstáculos formativos e investigativos	113
Tabela 46 – Síntese das concordâncias ao nível dos obstáculos	114
Tabela 47 – Implementação das diretivas europeias de livre mobilidade dos doentes	115
Tabela 48 – Implementação das diretivas europeias de livre mobilidade dos profissionais de saúde	115
Tabela 49 – Implementação de autoridade prescritora para enfermeiros em outros países europeus.....	116
Tabela 50 – Apoio governamental	117
Tabela 51 – Revisão da legislação sobre medicação.....	117
Tabela 52 – Legislação que confira autoridade de prescrição de medicamentos e ajudas técnicas	117
Tabela 53 – Comparação entre obstáculos e alavancas / mais-valias legislativas / governamentais.....	118
Tabela 54 – Síntese das alavancas / mais-valias profissionais internas à profissão	118
Tabela 55 – Síntese das alavancas / mais-valias profissionais externas à profissão	120
Tabela 56 – Análise comparativa quanto aos médicos e farmacêuticos como obstáculos ou como alavancas/mais-valias	120
Tabela 57 - Alavancas/mais-valias de carácter organizacional.....	121
Tabela 58 – Necessidade de melhorar os cuidados na comunidade.....	122
Tabela 59 – Uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros.....	122
Tabela 60 – Uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros.....	123
Tabela 61 – Melhoramento das relações laborais entre profissionais de saúde	123
Tabela 62 – Redução da carga laboral médica	123
Tabela 63 – Introdução de instrumentos de apoio à decisão	124
Tabela 64 – Introdução de linhas de orientação clínica baseada na evidência.....	125
Tabela 65 – Introdução de políticas organizacionais de gestão de risco	125
Tabela 66 – Introdução de políticas organizacionais de tutoria	125

Tabela 67 – Introdução de políticas organizacionais de auditoria.....	126
Tabela 68 – Introdução de políticas organizacionais de prática colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde	126
Tabela 69 – Introdução de políticas organizacionais de gestão clínica.....	126
Tabela 70 – Introdução de políticas organizacionais de garantia da qualidade.....	127
Tabela 71 – Ganho de tempo para os doentes	127
Tabela 72 – Ganho de tempo para os enfermeiros	127
Tabela 73 – Carência de médicos	128
Tabela 74 – Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de fármacos autorizados.....	128
Tabela 75 – Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de produtos de cuidados de saúde	128
Tabela 76 – Impacto ao nível da acessibilidade	129
Tabela 77 – Impacto quanto à maior facilidade de abordagem.....	129
Tabela 78 – Impacto quanto à maior disponibilização de informações	129
Tabela 79 – Obter maior valor pelo tempo despendido.....	130
Tabela 80 – Existência de um sistema público de saúde que assegure dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de saúde prescritos por enfermeiros	130
Tabela 81 – Aumento do controlo dos custos dos desperdícios	131
Tabela 82 – Mudanças sociodemográficas.....	131
Tabela 83 – Expansão dos Cuidados de Saúde Primários	132
Tabela 84 – Gestão da doença crónica	132
Tabela 85 – Número insuficiente de prescritores capazes de lidar com o incremento das necessidades de saúde da comunidade	132
Tabela 86 – Melhoria dos resultados em saúde como alavanca/mais-valia da prescrição por enfermeiros.....	133
Tabela 87 – Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde por parte dos utentes imediatamente após a dispensa.....	133
Tabela 88 – Maior integração dos cuidados	134
Tabela 89 – Maior adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos	134
Tabela 90 – Melhoria da relação custo-efetividade dos medicamentos	134
Tabela 91 – Aumento da satisfação e procura de serviços especializados.....	135
Tabela 92 – Maior acessibilidade aos cuidados de saúde.....	135
Tabela 93 – Redução nas prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde..	136
Tabela 94 – Maior facilidade de acesso às prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde	136
Tabela 95 - Alavancas/mais-valias de carácter formativo/investigativo	136
Tabela 96 – Necessidades formativas em função do tipo de prescrição	138
Tabela 97 – Necessidades sentidas ao nível “elevado” e “muito elevado” em função do tipo de prescrição.....	140
Tabela 98 – Decisão informal sobre tratamentos medicamentosos sem prescrição médica prévia	142
Tabela 99 – Respostas sim: Periodicidade	142

Tabela 100 – Percentagem de EER que afirmam deter conhecimentos para prescrever em situações normais, complexas e muito complexas	143
Tabela 101 – Necessidade de elaborar NOC que associem focos com prescrições visando a sua legitimação	144
Tabela 102 – Amplitude de cobertura das NOC.....	144
Tabela 103 - Alavancas / mais-valias da prescrição.....	251
Tabela 104 – Obstáculos à prescrição	255
Tabela 105 – Análise descritiva às questões sobre obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros.....	259
Tabela 106 - Análise descritiva às questões sobre mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros.....	261
Tabela 107 – Necessidade de melhorar o estatuto em função da legitimação do seu trabalho	265
Tabela 108 – Elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição	265
Tabela 109 – Elaboração de um acordo para a prática participativa com outros profissionais de saúde.....	265
Tabela 110 – Elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição.....	265
Tabela 111 – Implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo	266
Tabela 112 – Existência de um órgão profissional regulador autónomo emissor de certificados de práticas profissionais anuais.....	266
Tabela 113 – Subutilização de competências	266
Tabela 114 – Implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica	266
Tabela 115 – Apoio dos sindicatos de enfermagem.....	266
Tabela 116 – Apoio dos responsáveis do Ensino Superior	267
Tabela 117 – Apoio médico a nível individual.....	268
Tabela 118 – Apoio médico enquanto grupo.....	268
Tabela 119 – apoio dos farmacêuticos a nível individual	268
Tabela 120 – Apoio dos farmacêuticos enquanto grupo	268
Tabela 121 – Apoio dos gestores de saúde a nível individual.....	269
Tabela 122 – Apoio dos gestores de saúde enquanto grupo.....	269
Tabela 123 – Apoio dos grupos de doentes.....	269
Tabela 124 – Apoio dos doentes.....	269
Tabela 125 – Apoio das sociedades científicas	269
Tabela 126 – Introdução de um curso de prática certificada de medicação	270
Tabela 127 – Definição de requisitos e padrões para programas de ensino para enfermeiros com autoridade de prescrição	270
Tabela 128 – Aprendizagem baseada na evidência	270
Tabela 129 – Introdução do nível de mestrado para obtenção de autoridade prescritora	270
Tabela 130 – Investigação sobre o papel dos enfermeiros com poderes prescritivos..	271

Tabela 131 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de cuidados especializados aos utentes e enfermeiros de cuidados gerais	272
Tabela 132 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas.....	272
Tabela 133 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de meios complementares de diagnóstico	272
Tabela 134 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas.....	272
Tabela 135 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de dispositivos clínicos	273
Tabela 136 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas.....	273
Tabela 137 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de produtos de apoio	273
Tabela 138 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas.....	273
Tabela 139 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de terapêutica farmacológica	273
Tabela 140 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas.....	274
Tabela 141 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de tratamentos	274
Tabela 142 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas.....	274
Tabela 143 - Necessidade de formação específica em farmacologia para prescrever autonomamente.....	275
Tabela 144 - Respostas Sim	275
Tabela 145 - Necessidade de formação específica em anatomia para prescrever autonomamente.....	275
Tabela 146 - Respostas sim	275
Tabela 147 - Necessidade de formação específica em fisiologia para prescrever autonomamente.....	276
Tabela 148 - Respostas sim	276
Tabela 149 - Necessidade de formação específica em patologia para prescrever autonomamente.....	276
Tabela 150 - Respostas sim	276
Tabela 151 - Necessidade de formação específica em bioquímica para prescrever autonomamente.....	276
Tabela 152 - Respostas sim	277
Tabela 153 - Necessidade de formação específica em microbiologia para prescrever autonomamente.....	277
Tabela 154 - Respostas sim	277
Tabela 155 - Necessidade de formação específica em farmacologia para prescrever fármacos em complementaridade	277
Tabela 156 – Respostas sim	277

Tabela 157 - Necessidade de formação específica em anatomia para prescrever fármacos em complementaridade.....	278
Tabela 158 – Respostas sim	278
Tabela 159 - Necessidade de formação específica em fisiologia para prescrever fármacos em complementaridade.....	278
Tabela 160 – Respostas sim	278
Tabela 161 - Necessidade de formação específica em patologia para prescrever fármacos em complementaridade.....	278
Tabela 162 – Respostas sim	279
Tabela 163 - Necessidade de formação específica em bioquímica para prescrever fármacos em complementaridade	279
Tabela 165 – Respostas sim	279
Tabela 165 - Necessidade de formação específica em microbiologia para prescrever fármacos em complementaridade	279
Tabela 166 – Respostas sim	279
Tabela 167 - Necessidade de formação específica em farmacologia para prescrever fármacos segundo protocolo.....	280
Tabela 168 – Respostas sim	280
Tabela 169 - Necessidade de formação específica em anatomia para prescrever fármacos segundo protocolo	280
Tabela 170 – Respostas sim	280
Tabela 171 - Necessidade de formação específica em fisiologia para prescrever fármacos segundo protocolo	280
Tabela 172 – Respostas sim	281
Tabela 173 - Necessidade de formação específica em patologia para prescrever fármacos segundo protocolo	281
Tabela 174 – Respostas sim	281
Tabela 175 - Necessidade de formação específica em bioquímica para prescrever fármacos segundo protocolo.....	281
Tabela 176 – Respostas sim	282
Tabela 177 - Necessidade de formação específica em microbiologia para prescrever fármacos segundo protocolo.....	282
Tabela 178 – Respostas sim	282
Tabela 179 – Rácio de médicos e de enfermeiros por 1000 habitantes entre 1996 e 2015 em países OCDE.....	283
Tabela 180 - Necessidade de formação em patologia para prescrever em complementaridade.....	284

Introdução

Com a presente dissertação procurou-se fazer um estudo exploratório no seio dos enfermeiros especialistas de reabilitação sobre as perceções destes relativamente à prescrição.

Considerámos que para se enquadrar devidamente a problemática se impunha uma breve ingressão pelos seguintes aspetos:

- A relevância da autorregulação e do grau de licenciado enquanto condições apriorísticas ao desenvolvimento dos instrumentos intrínsecos à introdução da responsabilidade prescritora;
- As competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, na lógica nacional e numa lógica comparada com outros países, para melhor se interpretar os desenvolvimentos ocorridos nesses países em termos da introdução da prescrição por enfermeiros;
- O processo de enfermagem e o cuidar enquanto cerne do exercício profissional, para se balizar o âmbito e objeto da prescrição por enfermeiros;
- A prescrição de medicamentos, ajudas técnicas / produtos de apoio, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e tratamentos em Portugal numa ótica jurídica;
- Breve comparação da formação dos enfermeiros em diferentes países, bem como das suas práticas prescritoras, na medida em que estas duas variáveis são interdependentes como se demonstrará;
- As conceções de prescrição por enfermeiros de organismos internacionais e do regulador nacional.

A análise de todos estes aspetos revelou-se essencial não só para a construção do questionário como para a adequada elaboração das hipóteses de investigação e consequente análise e interpretação dos resultados obtidos.

Do ponto de vista metodológico recorreremos a uma abordagem essencialmente quantitativa, tendo procedido não só à interpretação direta dos dados obtidos mas também à elaboração de hipóteses de investigação de forma a validar correlações entre variáveis, que considerámos essenciais para se entender melhor o fenómeno da prescrição pelos enfermeiros.

Ao longo de todo o trabalho tivemos sempre a preocupação de fazer a ponte entre a informação veiculada, quer ao nível dos contributos teóricos quer ao nível dos resultados, e os desafios ou problemáticas contemporâneas que se colocam no domínio da prescrição por enfermeiros. Fizemo-lo, porque acreditamos que acima de tudo é importante que o conhecimento gerado seja passível de submissão ao teste dos circunstancialismos vigentes, de forma a ajudar à explicação dos fenómenos que os enformam.

Face ao exposto, consubstanciamos os objetivos a que nos propusemos com este trabalho da seguinte forma:

- Identificar os obstáculos e as alavancas/mais-valias que os enfermeiros especialistas em reabilitação (EER) associam à formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal;
- Avaliar as necessidades de formação identificadas pelos EER para se sentirem aptos a prescrever e quais os conhecimentos que já consideram deter;
- Analisar e identificar se os EER já prescrevem informalmente, ou sejam, se já decidem sobre tratamentos, medicamentosos ou não, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico.

Enquadramento teórico

1. A Enfermagem em Portugal

1.1. A licenciatura, o estabelecimento da autorregulação e a existência de um código deontológico

Analisar algo como a introdução da prescrição por enfermeiros implica recuar no tempo para que se possa entender melhor a problemática em apreço. Retenhamos algumas das datas mais significativas para a evolução da profissão nos últimos 50 anos:

- 1967: especializações nas escolas pós-básicas;
- 1975: instituição de um único nível de educação em enfermagem;
- 1979: instituição da obrigatoriedade de 11 anos de escolarização para acesso ao curso de enfermagem;
- 1986: definição de uma única carreira;
- 1988: integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior;
- 1996: publicação do regulamento do exercício profissional;
- 1998: criação da Ordem dos Enfermeiros e por essa via o reconhecimento da capacidade para a autorregulação e a publicação do Código Deontológico;
- 1999: instituição da licenciatura de 4 anos para o acesso ao título de enfermeiro;
- 2001: publicação do regulamento disciplinar da Ordem dos Enfermeiros;
- 2003: publicação do enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e das competências do enfermeiro generalista;
- 2009: alteração do estatuto da Ordem dos Enfermeiros e criação de um novo modelo de acesso ao título de enfermeiro e de enfermeiro especialista;
- 2011: publicação do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- 2015: publicação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação;

- 2015: publicação da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, que procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e introduz, entre outros aspetos, novas regras para acesso à especialidade.

Sem dúvida que no âmbito da autorregulação a criação da respetiva associação pública profissional e a conseqüente publicação do código deontológico enquanto parte integrante dos estatutos da associação vieram conferir os instrumentos necessários para um desenvolvimento da profissão em torno dos seus eixos conceptuais e numa ótica adaptativa, ou seja, que acompanha as evoluções do contexto social e epidemiológico, fazendo adaptar o perfil funcional dos enfermeiros às exigências de cada momento em termos da qualidade dos cuidados. Importa, porém, não esquecer que o alcançar deste patamar de responsabilidade profissional é indissociável do respetivo desenvolvimento académico, razão pela qual no presente trabalho se analisam as duas dimensões (prestação de cuidados e formação) de forma simultânea.

Revisitemos o registo escrito do desenvolvimento da nossa profissão desde a criação da Ordem dos Enfermeiros e no que ao presente trabalho respeita, a prescrição por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, revisitando o conteúdo de algumas das revistas da Ordem dos Enfermeiros:

- Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 5 (2002): nesta edição vemos a primeira referência, neste suporte, ao tema da individualização das especialidades; ao papel dos padrões de qualidade enquanto suporte de legitimação da capacidade de autorregulação profissional; e à articulação do percurso académico com o desenvolvimento de competências profissionais (acreditação da formação em enfermagem no contexto da atribuição de títulos profissionais). Ainda nesta edição podemos ler na parte das conclusões do I Congresso da Ordem dos Enfermeiros: *“Assim, os enfermeiros no 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros comprometem-se, com cada cidadão a quem disponibilizam os seus saberes profissionais, a pautar as suas intervenções, tendo como quadro de referência: (...) g) inserir o seu exercício num contexto de atuação multiprofissional, seja através de intervenções de enfermagem decorrentes de intervenções iniciadas por outros técnicos, seja pelas iniciadas por prescrição do enfermeiro”* (pág. 33).
- Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 14 (2004): este número aborda novamente o tema da certificação individual de competências, podendo-se ler uma análise comparativa com os modelos utilizados em países como a Alemanha, a Bélgica,

o Reino Unido, a Espanha, a Irlanda, a Suécia e o Canadá. Curiosamente, são alguns desses países que recuperamos para o presente trabalho enquanto comparadores no respeitante à prescrição por enfermeiros.

- Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 16 (2005): podemos encontrar nesta edição a seguinte referência no âmbito do processo de Bolonha: *“O caminho há muito encetado em Portugal permite constatar três fatores constitutivos da enfermagem portuguesa, socialmente assumidos, e que podem sintetizar-se do seguinte modo: um só nível de formação para acesso ao exercício profissional desde 1974; a formação ter sido integrada no ensino superior em 1988, e conferir, desde 1998, o grau académico de licenciatura. Existe assim o reconhecimento de área própria de conhecimento e de autonomia para a conceção, planificação e execução da prática profissional na prestação de cuidados, na gestão, na docência e na assessoria (REPE, 1996); a autorregulação como escopo do mandato social da profissão na garantia e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem”* (pág. 3). Continua afirmando que *“A formação inicial em enfermagem para acesso ao exercício da profissão deverá ser de um só ciclo longo (cinco anos)”* (pág. 6). A referência a esta posição assume particular interesse na medida em que a introdução da prescrição por enfermeiros, como veremos adiante, implicou, nos países analisados, o aumento das necessidades formativas e, em algumas circunstâncias, a associação à titulação do grau de mestre.
- Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 17 (2005): nesta revista podemos encontrar um testemunho da preocupação dos enfermeiros com as matérias da prescrição, mais concretamente no que respeita aos tipos de erros de medicação (tabela 1) no artigo *“A enfermagem conta”* (pág. 45).

Tabela 1 - Tipos de erros de medicação

Típos	Factores contribuintes	Causas
Dose extra	Distracções	Actuação deficitária
Dosagem / quantidade imprópria	Aumento da carga de trabalho	Procedimento / protocolo não seguido
Erro de omissão	Trabalhadores inexperientes	Conhecimento insuficiente
Erro de prescrição	Mudança de turno	Documentação incorrecta ou incompleta
Medicamento não prescrito	Trabalhadores temporários ou de agências	Comunicação confusa
Administração errada	Ausência de farmácia 24 horas	Transcrição omitida ou incorrecta
Técnica	Número insuficiente de trabalhadores	Registo informatizado
Impresso de dosagem errado	Situação de emergência	Sistema de distribuição de medicamentos
Preparação do medicamento errado	Substituição cruzada	Sistema de segurança inadequado
Doente errado	Erro de codificação	Caligrafia ilegível ou pouco clara
Via de administração errada	Falta de acesso ao doente	
Horário errado	Informação	

Fonte: Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 17 (2005)

- Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 22 (2006): este número reincidente na questão do sistema de desenvolvimento profissional e da certificação de competências. Relativamente ao modelo de individualização das especialidades pode-se ler que *“Na Europa, à semelhança do que se passa no resto do mundo, não existe um padrão definidor e consensualmente aceite do que é “Ser Enfermeiro” e “Ser Enfermeiro Especialista”. Existem cenários variados quer pelo percurso formativo, quer pela diversidade de áreas clínicas conferindo ao Enfermeiro competências gerais e acrescidas, mas, de um modo geral, sem atribuição de título e sem regulação efetiva do exercício profissional. Neste contexto o acesso à especialização em Enfermagem pode ser feito diretamente através da formação inicial direccionada para uma área clínica específica (branch nurse) ou, por um percurso formativo pós-básico, sendo então o Enfermeiro Especialista aquele que, aplicando níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume o papel de prestador de cuidados diferenciados, mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde”* (pág. 30). Esta noção da diversidade europeia em termos do conteúdo funcional e escopo de intervenção do enfermeiro e do enfermeiro especialista vai ser importante para melhor entendermos as comparações que são feitas no presente trabalho entre as diferentes realidades dos países analisados.
- Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 23 (2006): merece destaque nesta edição o parecer do Conselho Jurisdicional número 88/2006, referente ao suporte

documental na prescrição de terapêutica, dado que o mesmo é indicativo do pensamento feito pelo regulador profissional no âmbito das dimensões ético-deontológicas que concorrem para a problemática da prescrição de terapêutica.

- Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 42 (2012): citamos desta publicação o seguinte excerto da entrevista a Tesfamicael Ghebrehiwet, consultor de política de saúde e enfermagem do ICN (pág. 4) *“Atos médicos e de enfermagem restritivos é outro dos pontos fracos. A exemplo do que acontece em Portugal e noutros países do mundo, os enfermeiros não estão autorizados a prescrever tratamentos simples. Não faz sentido que se forma alguém ao nível universitário e que depois essa mesma pessoa não possa aplicar todo o seu potencial à prestação de cuidados. Isso é um constrangimento para a profissão trazido por forças externas e que é preciso mudar, rever a legislação em vigor - o que já está a acontecer em vários países. Não estamos a tentar criar médicos, mas sim enfermeiros que prestem cuidados globais aos pacientes. No fundo, estamos a tentar expandir o escopo da prática, a abrangência da profissão, a tentar maximizar as competências. Assim, o acesso aos cuidados pode ser melhorado e quem fica a ganhar são os utentes. Por sua vez, os enfermeiros podem aplicar todo o seu potencial e ajudar o sistema a funcionar melhor. Por isso, os atos clínicos devem ser revistos tendo em consideração as necessidades da população”*. Uma posição deveras interessante, pois permite enquadrar algumas das questões que naturalmente emergem do debate sobre a prescrição por enfermeiros.

Dado que o presente trabalho se debruça sobre a prescrição por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação analisemos agora o enquadramento existente em termos das competências dos mesmos.

1.2. As competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação – uma análise comparada

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007) as especialidades em enfermagem reportam-se, primariamente, à prática clínica, ou seja, à “*área da prestação de cuidados dirigidos à pessoa e família, num processo integrado de promoção, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção, com a necessária referência à comunidade em que estão inseridos*”. Porém, a intervenção do enfermeiro especialista implica ainda o desenvolvimento de competências na área da gestão, investigação, formação e assessoria. Aliás, estipula a Ordem dos Enfermeiros (2007) que todos os enfermeiros especialistas deverão ter competências comuns e específicas, prevendo-se ainda a possibilidade de se definirem competências acrescidas. Assim, o enfermeiro especialista é “*o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*” (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Num subcapítulo posterior faremos uma comparação entre as competências daquilo que é considerado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) como Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EER) em Portugal.

Porém, antes dessa análise, e porque consideraremos ao longo deste trabalho a nossa realidade numa lógica comparada com outras, propomo-nos a analisar os domínios da prática especializada de enfermagem de reabilitação nos seguintes países: Canadá, Austrália, Estados Unidos da América e Reino Unido; assim como a perspetiva de Benner (1984) quanto à enfermagem de reabilitação.

Esta comparação irá permitir uma melhor análise posterior dos achados do documento do CIE (2013) sobre prescrição por enfermeiros em cada país (anexo 1), ao providenciar uma base do perfil de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação preconizado para cada um.

A tabela 2 tem por base o artigo de Pryor e Smith (2002) “*A framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia*”, onde as

autoras procuram encontrar fenómenos e perspetivas que sustentem a proposta de uma matriz para as práticas de enfermagem de reabilitação no seu país (Austrália). Partindo de uma análise da evolução da enfermagem de reabilitação no seu país e do papel da enfermagem no seu seio, procederam a um cruzamento das práticas dos enfermeiros de reabilitação com a matriz de domínios de enfermagem proposta por Benner (1984), a fim de consolidarem a sua proposta de domínios para o papel do enfermeiro de reabilitação. Segundo as autoras, a necessidade deste estudo emergiu do facto do papel da enfermagem de reabilitação não estar claramente definido na Austrália.

Tabela 2 - Comparação entre domínios da prática especializada em enfermagem de reabilitação

Patrícia Benner (1984)	Julie Pryor e Clair Smith (Australia, 2002)	<i>Canadian Nurses Association</i> (Canadá, 2005) ¹	<i>Association of Rehabilitation Nurses</i> (EUA, 2007)	<i>Royal College of Nursing</i> (Reino Unido, 2007)
<ol style="list-style-type: none"> 1. A função de ajuda 2. A função de educação/orientação 3. A função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente 4. A gestão eficaz de situações de evolução rápida 5. A administração e vigilância de protocolos terapêuticos 6. Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde 7. As competências em matéria de organização e distribuição de tarefas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A abordagem reabilitativa 2. O papel de ensino e orientação 3. Observação, avaliação e interpretação 4. Administrar e monitorizar intervenções terapêuticas 5. Gerir situações de mudança repentina 6. Papel de gestão, defesa e coordenação 7. Monitorizar e assegurar a qualidade dos cuidados 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestador de cuidados 2. Líder e colaborador 3. Educador e orientador 4. Defensor do cliente 5. Coordenador dos cuidados 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Providenciar cuidados holísticos ao cliente e cuidador 2. Estabelecer objetivos de forma colaborativa no seio da equipa de reabilitação e implementar intervenções que resultem nos melhores resultados em termos de necessidades do cliente e cuidador 3. Manter um forte compromisso com a equipa de reabilitação; 4. Participar nas reuniões da equipa de reabilitação de forma a dar contributos para as decisões 5. Comunicar de forma eficaz e interagir com o intuito de facilitar o processo de construção de unidade na equipa 6. Reforçar os cuidados providenciados pelos outros membros da equipa 7. Coordenar as atividades da equipa 8. Avaliar a efetividade do plano de tratamento de forma contínua 9. Defender o cliente e o cuidador 10. Atuar enquanto fonte de conhecimento especializado e competências clínicas no âmbito das incapacidades físicas e doença crónica para a equipa 11. Providenciar formação para a equipa no âmbito da reabilitação e reforçar aprendizagens de outras disciplinas da saúde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prática terapêutica 2. Coordenação 3. Empoderamento e defesa 4. Competências fundamentais de enfermagem (tais como ter uma abordagem cuidativa e providenciar apoio nas AVD's, sustentado na relação empática) 5. Governança clínica 6. Aconselhamento 7. Consciência política 8. Formação

Adaptado de Gomes, Fernandes, Menaia e Moreira (2010)

¹ Para se ter uma noção mais desenvolvida das competências preconizadas pela *Canadian Nurses Association* para os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação consultar o anexo 2. Considera-se pertinente a exaustividade com que as mesmas são apresentadas devido à profundidade da sua elaboração.

No sentido de enquadrarem o estudo num contexto histórico e epistemológico, Pryor e Smith (2002) recorreram a diversos autores cujas posições variam conforme a abordagem profissional que fazem ao assunto. Assim, para Dittmar (1989); cit. por Gomes et al., (2010) “*a reabilitação é uma abordagem, uma filosofia, uma atitude e um processo*”. Para a *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine (AFRM)* (2001) cit. por Gomes et al., (2010) “*A reabilitação é um processo que procura o mais alto nível de recuperação após uma perda de função e capacidade derivado de qualquer tipo de causa. A medicina de reabilitação é a parte da ciência da medicina envolvida na prevenção e reeducação das incapacidades e deficiências derivadas de danos; e a gestão da incapacidade de um ponto de vista físico, psicossocial e vocacional*”. Bamitt e Pameeroy (1995), referido por Gomes et al., (2010), parecem partilhar da mesma opinião, já que referem que o foco da reabilitação é a incapacidade e a melhoria da funcionalidade física. Noutra registo, para a *Australasian Rehabilitation Nurses Association (ARNA)* (1999), referido por Gomes et al., (2010), os objetivos da reabilitação são a maximização da autodeterminação, a restauração da função e a otimização dos estilos de vida escolhidos pelos clientes. Para alcançar estes objetivos a enfermagem de reabilitação deve-se focar na: manutenção das capacidades existentes e papéis; promoção da saúde; prevenção de danos futuros; prevenção e reeducação da incapacidade; restauração das funções e papéis; minimização das deficiências. A ARNA centra-se numa filosofia mais ampla dos cuidados de reabilitação, referindo que estes podem estar sempre presentes independentemente do diagnóstico e do prognóstico, facto que a posição da AFRM ignora. Para Pryor e Smith (2002) a reabilitação deve ser vista como uma abordagem, uma filosofia, uma atitude e um processo, considerando, assim, que é com Dittmar que o conceito de reabilitação se torna mais abrangente e adequado à sua natureza.

Quanto ao papel dos enfermeiros na reabilitação, Mayer et al. (1990), Dougan (1991), Brillhart e Sills (1994), Waters e Luker (1996), citados por Gomes et al. (2010) concluíram que a maior parte destes, são de natureza respiratória e psicossocial. Para Dougan (1991), aludido por Gomes et al. (2010), os enfermeiros de reabilitação acabam por ficar com o trabalho que era de outros membros da equipa, tais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Segundo Brillhart e Sills (1994), cit. por Gomes et al. (2010), os papéis e responsabilidades dos enfermeiros de reabilitação assentam em 4 categorias: cuidados diretos, cuidados indiretos, gestão de unidades e outros. Waters e Luker (1996), referido por Gomes et al. (2010), descreveram o papel destes enfermeiros

enquanto de cuidados gerais (continência, cuidados cutâneos, higiene pessoal, vestir e mobilizar), cuidados especializados (continência e cuidados cutâneos) e de continuidade (vestir e mobilizar). Sawin e Heard (1992), referido por Gomes *et al.* (2010), concluíram que os diagnósticos de enfermagem registados mais frequentemente pelos enfermeiros de reabilitação refletiam predominantemente cuidados físicos, sendo os mais comuns: mobilidade, autocuidado, eliminação, integridade cutânea, potencial para a lesão, défice de conhecimento, comunicação e intolerância à atividade. Pryor (1999), aludido por Gomes *et al.* (2010), considera que a maior parte dos enfermeiros australianos aprende sobre o seu papel na reabilitação no seu dia-a-dia através da experiência, autoformação e, de forma menos abrangente, devido a experiências anteriores, havendo pouco contributo da formação pré e pós-graduada.

Sobre as perspetivas teóricas dos domínios de enfermagem as autoras consideraram 4 matrizes da prática de enfermagem para analisar a informação recolhida: os papéis e funções de Andersen (1991), as 4 funções dos enfermeiros de Kirkevold's (1997), os papéis e responsabilidades de Brillhart e Sills (1994) e os domínios de Benner (1984). As matrizes de Andersen e Benner foram consideradas suficientemente abrangentes para realizarem a análise dos seus dados (conforme. Gomes *et al.*, 2010).

As autoras identificaram 7 domínios de prática profissional que sugerem como matriz para a prática da enfermagem de reabilitação. Uma prática centrada numa abordagem reabilitativa ao cliente e consubstanciada no ensino e acompanhamento enquanto instrumentos de apoio contínuo.

Para cada domínio elencaram os respetivos descritores, como se constata pela tabela 3.

Tabela 3 - Domínios de prática profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Domínio	Descritores
Abordagem reabilitativa	Abordagem do enfermeiro, orientada para o bem-estar do cliente e com o intuito de facilitar a reabilitação e alta. Foca-se nas capacidades das pessoas, de forma a detetar possibilidades, em vez de nas incapacidades. Para que o processo de reabilitação seja facilitado o enfermeiro deverá possuir um conjunto de competências interpessoais e técnicas das quais deverá escolher as que melhor se adequam a cada situação. Esta tem por base uma avaliação do cliente naquele contexto e tendo presente os seus objetivos a curto e longo prazo. A criação de um ambiente facilitador desta abordagem é essencial.
Ensinar e acompanhar	O enfermeiro percebe as interações com o cliente como uma oportunidade para ensinar/aprender. Ensinar e acompanhar foca-se principalmente no desenvolvimento do autocuidado e independência, numa ótica de

	autodeterminação, embora também se estenda às necessidades da família e outros cuidadores significativos.
Observar, avaliar e interpretar	Atividades essenciais para o enfermeiro conhecer o cliente, na medida em que só assim será possível recolher informação e interpretá-la de forma a elaborar planos de cuidados. A elaboração do plano implica a escolha das intervenções, a altura, duração e frequência da sua utilização.
Administrar e monitorizar intervenções terapêuticas	Além das intervenções autónomas orientadas para a reabilitação do cliente (numa lógica de promoção da sua autodeterminação e objetivos assim como de maximização da sua segurança), os enfermeiros também têm intervenções interdependentes que podem estar relacionadas com avaliação, planificação, implementação e avaliação de intervenções iniciadas ou prescritas por outros profissionais de saúde.
Gerir situações de mudança repentina	O enfermeiro deve ter as competências necessárias para gerir efetivamente uma variedade de situações que têm o potencial para variar abruptamente. A natureza da mudança pode ser fisiológica, psicológica, social ou espiritual e pode estar relacionada com o cliente, sua família ou cuidadores significativos, um grupo de clientes ou pessoal de saúde. A mudança poderá ser desejável ou adversa e os enfermeiros deverão conseguir interpretar o significado de todas as mudanças e responder apropriadamente.
Gerir, defender e coordenar	Devido ao carácter de presença permanente junto dos clientes e respetiva responsabilidade pela sua segurança e bem-estar, os enfermeiros têm um papel de coordenador dos cuidados ao nível do indivíduo e do serviço, assim como de responsabilidade pela gestão da unidade clínica. Ao nível do indivíduo os enfermeiros são responsáveis por coordenar o input de todos os membros da equipa de saúde, assim como estabelecerem os contactos com a família e cuidadores informais. A defesa do indivíduo é entendida nesta ótica.
Monitorizar e assegurar a qualidade dos cuidados	Os enfermeiros monitorizam e participam ativamente na persecução de práticas de qualidade ao nível do cliente ao longo do sistema de saúde.

Adaptado de Gomes et al., (2010)

Como salientam as autoras, cinco dos domínios referem-se ao “*como*” da enfermagem de reabilitação, ou seja, como o papel é interpretado no plano da continuidade das intervenções, sendo estes: a abordagem reabilitativa; ensinar e acompanhar; observar, avaliar e interpretar; gerir, defender e coordenar; monitorizar e assegurar a qualidade dos cuidados. Os outros dois referem-se ao “*quê*”, e possuem uma natureza mais técnico-operacional, relativa a situações concretas e delimitadas no tempo: administrar e monitorizar intervenções terapêuticas e gerir situações de mudança repentina.

Nolan e Nolan (1999), cit. por Gomes et al. (2010), procederam a uma revisão sistemática da literatura de forma a identificarem papéis dos enfermeiros de reabilitação, tendo agrupado os achados em torno de 6 potenciais papéis dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação:

- a) Papel de avaliação da condição física, prestação de cuidados competente, prevenção de complicações secundárias;

- b) Educação / aconselhamento;
- c) Intervenções psicossociais;
- d) Dar suporte a cuidadores informais;
- e) Abordar questões da sexualidade;
- f) Papel de coordenação, transmissor de confiança e facilitador de transições dentro do sistema de saúde.

Relativamente a Portugal, a discussão em torno da especialidade em Enfermagem de Reabilitação (ER) foi no sentido de se considerar as competências dos enfermeiros especialistas enquanto aprofundamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Definiram-se 4 competências comuns aos enfermeiros especialistas independentemente da especialidade (responsabilidade profissional, ética e legal; gestão dos cuidados; gestão da qualidade; aprendizagens profissionais) e uma competência relacionada com a prestação de cuidados especializada, que no caso da ER está orientada para o cuidado a pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados; a capacitação da pessoa com deficiência, limitação das atividades e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; e a maximização da funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O processo de definição de competências especializadas para os EER partiu dos conceitos já aceites pela comunidade de enfermagem portuguesa e, alicerçado nos mesmos, desenvolveu-se em torno de um modelo operativo de individualização das especialidades assente na identificação de um campo de intervenção especializado.

Esta metodologia permitiu, no nosso entender, distinguir entre o que são as competências em reabilitação comuns a qualquer enfermeiro e as próprias de um enfermeiro especialista. Aliás, Henderson et al. (1995) cit. por Gomes et al., (2010) chamaram a atenção para o facto de, à altura, existirem duas perspetivas sobre os cuidados de enfermagem em reabilitação. Numa, seriam vistos como componente da maior parte dos cuidados de enfermagem. Noutra, considerados cuidados especializados. Talvez uma posição intermédia seja o desejável, aceitando que existem cuidados de reabilitação que deverão ser do domínio comum de qualquer enfermeiro, e outros, que associados ao aprofundamento dos comuns, constituirão a natureza da intervenção dos enfermeiros

especialistas. Porém, esta dicotomia enfermeiro/enfermeiro especialista não é fácil, na medida em que na Europa e no mundo não existe um padrão definidor e consensualmente aceite do que se entende por “*Enfermeiro*” e “*Enfermeiro Especialista*”. Existem cenários variados (como veremos no capítulo “*A Enfermagem na Europa e no Mundo*”), quer pelo percurso formativo quer pela diversidade de áreas clínicas, conferindo ao enfermeiro competências gerais e especializadas, mas de um modo geral sem atribuição de título e regulação efetiva do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Nesse sentido, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) evidenciou o seu interesse pela identificação de áreas de especialização, não identificando, no entanto, um padrão que permitisse estruturar de forma universal as várias especialidades existentes. Assim, recomendou às Associações Nacionais de Enfermeiros de cada país que as mesmas desenvolvessem e regulamentassem o exercício de enfermagem especializada em congruência com os seus referenciais profissionais (CIE, 1992), sendo que, como demonstraremos adiante, a prescrição se tem vindo a afirmar, pela mão do próprio CIE, como referencial de diferenciação entre os enfermeiros generalistas e os especialistas, num processo onde a titulação de graus académicos ou a atribuição de títulos (de forma cumulativa ou não) desempenham um papel relevante.

1.3. O processo de enfermagem

Para melhor se abordar a questão do processo de enfermagem optou-se por repartir a mesma em torno de 4 conceitos: qualidade, cuidar, cuidados de enfermagem e necessidade de cuidados.

1.3.1. Qualidade dos cuidados de enfermagem

Há, inequivocamente, uma centralidade da qualidade na conceptualização, estruturação e avaliação dos cuidados de enfermagem. Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, tratando-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes (Bednar, 1993, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2001), quer relativamente ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Grimshaw & Russel, 1993, cit. por Ordem dos Enfermeiros, 2001). Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Toda a análise conceptual aos cuidados de enfermagem deverá ter sempre subjacente os pressupostos e requisitos da sua qualidade, incluindo, e quiçá de forma reforçada (considerado o seu impacto social e económico), na questão da prescrição. Como veremos adiante, em diversos países onde a prescrição por enfermeiros foi introduzida foram elaboradas normas de qualidade subjacentes à prescrição e os programas formativos associados devem obrigatoriamente não só abordar esta dimensão como também a da deontologia, dado que, em muitas situações, a autoridade prescritora se adquire mediante a obtenção de um título protegido por uma entidade reguladora. Como acontece em Portugal, estas entidades reguladoras são responsáveis pela garantia da qualidade dos cuidados prestados pelos seus membros e também pelo cumprimento dos preceitos deontológicos.

1.3.2. Cuidar, cuidados de enfermagem e necessidade de cuidados

Constituindo-se o cuidar como o cerne da atividade dos enfermeiros (Hesbeen, 2000; Honoré, 2001; Collière, 2003) importa aqui clarificar o que se entende por cuidar, cuidados de enfermagem e necessidade de cuidados. Afigura-se-nos como central a relevância de entender a função da prescrição naquilo que é a natureza dos cuidados de enfermagem, na medida em que a prescrição destes deve incorporar uma intencionalidade fenomenologicamente enquadrada. Só assim, cremos, conseguiremos fazer esta análise sem a tradicional contaminação da usurpação de funções a outros profissionais^{II} ou a segmentação da sua conceptualização à mera prescrição de medicamentos ou dispositivos clínicos.

Cuidar pode ser visto como prestar atenção a alguém ou a algo, atitude de estar atento, no sentido de se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento. Se limitado ao campo da saúde, o conceito de prestar cuidados ou cuidar designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde. Esta atenção enquadra-se na perspetiva de um profissional que presta ajuda à pessoa que necessita de cuidados na sua situação singular, utilizando as competências profissionais que caracterizam os atores de diversas profissões (Hesbeen, 2000). As tarefas dos profissionais de saúde dirigem-se, frequentemente, a corpos-objetos ao passo que a realidade dos cuidados confronta cada pessoa com a inesgotável riqueza da complexidade do ser humano, ou seja, com o corpo-sujeito (Hesbeen, 2000). O corpo-objeto ou “*corpo que se tem*” é aquele em que se baseou a medicina científica de hoje. O corpo-sujeito ou “*corpo que se é*”, é aquele que não se pode limitar a um conjunto de órgãos, de membros e de funções. É diferente da soma das partes que o compõem. É aquele em que a abordagem sistemática não pode dominar porque é animado de uma vida particular feita de projetos, de desejos, de prazeres e de motivação. O “*corpo que se é*”, é aquele que não pode submeter-se inteiramente à racionalidade, nem corresponder perfeitamente às teorias e aos instrumentos utilizados pelos profissionais. É por isso que o “outro” (indivíduo em geral) tem necessidade de uma atenção particular e não de atos, palavras ou até ações. Nesse sentido, a ajuda singular dos prestadores de cuidados que se situa verdadeiramente no âmbito do cuidar não se

^{II} <http://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/ordem-dos-medicos-recorre-ao-tribunal-contras-enfermeiros> - consultado a 1/5/2015.

pode basear-se na consideração do corpo-sujeito segundo os diferentes aspetos que o caracterizam. Nesta lógica, a ajuda que se pode prestar é mais importante do que o “*como*” da doença, do que o sentido e o seu “*porque*”. Assim, será função dos enfermeiros “*ajudar os seres humanos a viver o corpo que são apesar das vicissitudes do corpo que têm*” (Hesbeen, 2000). Das grandes passagens que marcam a vida podem surgir certas mudanças e ruturas, devido ao aparecimento de uma doença. Quando a doença se instala atinge determinado órgão ou perturba o conjunto do organismo, mas não atinge apenas o organismo. Atinge primeiramente a pessoa afetada, bloqueando as suas capacidades de viver. Muitas vezes, isto é, o mais duramente sentido, sobretudo quando atinge as capacidades vitais mais comuns, mas, ao mesmo tempo, mais fundamentais. Cabe aos enfermeiros a iniciativa e a decisão de manter as capacidades que ainda restam ao indivíduo e procurar compensar as deficiências funcionais ocasionadas pela doença. Assim, a montante e a jusante do tratamento da doença, que depende da decisão médica, estão a iniciativa e a decisão da enfermagem, baseadas na análise das deficiências funcionais provocadas pela doença. O conceito de saúde/doença aqui presente remete para a explicitação das deficiências funcionais e das suas manifestações relacionadas com a consciencialização da forma como isso se revela à pessoa que se depara com a incapacidade. Compete também aos enfermeiros, em complementaridade com outros elementos da equipa, no domínio dos cuidados de manutenção de vida e de acompanhamento, o que é da ordem do remédio: remediar significa evitar transpor um limiar de não regresso, evitar o agravamento. Porém, os remédios só ganham sentido se enraizados nos cuidados; situam-se entre os cuidados e os tratamentos (Collière, 2003). Poder-se-á dizer, então, que cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que a pessoa precisa segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos e os seus projetos de vida. Assim, o resultado esperado da ação cuidadora é que a pessoa possa continuar a viver a sua vida e a manter-se nela com o máximo de bem-estar. Neste quadro identifica-se igualmente três intenções da ação de cuidar: a intenção de reparar; a intenção de satisfazer, de contentar; a intenção de formar, de educar, de acompanhar em desenvolvimento. A primeira diz respeito mais especificamente ao sofrimento, a segunda ao prazer e a terceira ao suporte e à plenitude no percurso de vida de cada pessoa (Honoré, 2001). Collière (2003, pág. 180) reforça estes conceitos no sentido em que “*nenhum tratamento se pode substituir aos cuidados. Pode-se viver sem tratamentos, mas não se pode viver sem cuidados. Mesmo quando se está doente, nenhum tratamento se pode substituir aos cuidados*”. De facto, os

tratamentos têm como finalidade circunscrever a doença, se possível detê-la ou, pelo menos, atenuar os seus efeitos, limitar os prejuízos e suprir a diminuição ou a perda de propriedades funcionais e orgânicas. Os tratamentos não podem nem devem em nenhum caso substituir os cuidados, sem os quais as capacidades de viver não podem ser mantidas nem permanecer. Para a autora, cuidar é aprender a discernir o que necessita de estimulação, de desenvolvimento de forças e de capacidades de vida, mas também o que exige manter as capacidades existentes, atenuar ou compensar as perdas e acompanhar o que é incerto, ou debilita. Partir das preocupações das pessoas, das suas inquietações, da expressão dos seus desejos, das suas expectativas, dá a possibilidade de apreender o que indicam como prioritário, o que mais as toca. Se a função médica tem por objetivo delimitar a doença, a finalidade da função de enfermagem é esclarecer as manifestações de disfuncionamento a fim de compreender quais os efeitos a compensar pelos cuidados e a dominar pelos tratamentos (Collière, 2003).

Segundo Hesbeen (2000), é a partir da valorização e da utilidade social de todo o ato que constitui cuidados de enfermagem e das qualidades profissionais exigidas para lhes dar sentido que se poderá esclarecer e firmar a identidade da enfermagem, provando o seu contributo essencial para a saúde dos indivíduos. Todavia, essas pequenas coisas não são observáveis e mensuráveis, ou são-no tão pouco que não gozam do reconhecimento que rodeia os cientistas e os técnicos, cuja atividade é prestigiada. A esta luz, os cuidados de enfermagem são, assim, tão marcados pela subtilidade, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição, como pela ciência e pela técnica. Daí o seu difícil reconhecimento num universo biomedicalizado, técnico-científico e onde os princípios da gestão ao nível das organizações pretendem estabelecer parâmetros para tudo, a fim de dominar melhor a atividade dos profissionais. Torna-se difícil explicitar o conceito de profissão quando os seus membros têm conhecimentos superficiais de várias disciplinas, mas não têm conhecimentos profundos de nenhuma disciplina em particular. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa

perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico, enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que “bons cuidados” significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Finalizado este capítulo, cujo objetivo é providenciar um quadro conceptual que circunscreva a dimensão na qual vamos analisar o fenómeno da prescrição, mais concretamente, o “*ser enfermeiro*” especialista em enfermagem de reabilitação em Portugal, bem como fazer uma breve alusão à evolução do pensamento do regulador sobre esta matéria, avançaremos para uma digressão pelo enquadramento da prescrição na legislação nacional.

2. A prescrição na legislação nacional

2.1. Medicamentos

A portaria nº 137-A/2012 de 11 de Maio^{III} estipula no seu artigo 5º nº 1 que “*A prescrição de medicamentos efetua-se mediante receita médica, devendo obedecer às disposições legais em vigor e, quando aplicável, atender às normas de orientação clínica emitidas pela Direcção-Geral da Saúde, em articulação com a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Médicos Dentistas*”.

O decreto-lei nº 20/2013 de 14 de Fevereiro^{IV} estabelece o regime jurídico a que obedece a autorização de introdução no mercado e suas alterações, o fabrico, a importação, a exportação, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano e respetiva inspeção, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos, os medicamentos radiofarmacêuticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas. Estipula no seu nº 3 as seguintes definições:

- Alínea cc): “*Medicamento*” é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas;
- Alínea dd): “*Medicamento à base de plantas*” é qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas;

^{III} Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes

^{IV} Procede à sétima alteração ao decreto-lei nº 176/2006 de 30 de Agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva nº 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Dezembro de 2010

- Alínea nn): “*Medicamento homeopático*” é o medicamento obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios;
- Alínea oo): “*Medicamento imunológico*” é qualquer vacina, toxina e soro, incluindo, nomeadamente, qualquer produto administrado para produzir uma imunidade ativa ou passiva específica, bem como qualquer produto destinado a diagnosticar, induzir ou reduzir uma hipersensibilidade específica na resposta imunológica a um agente alérgico;
- Alínea rr): “*Medicamento tradicional à base de plantas*” é qualquer medicamento à base de plantas (...);
- Alínea aaa): “*Profissional de saúde*” é a pessoa legalmente habilitada a prescrever, dispensar ou administrar medicamentos, designadamente médicos, médicos dentistas, médicos veterinários, odontologistas, farmacêuticos ou enfermeiros.

O mesmo diploma define no seu artigo 114º que estão sujeitos a receita médica os medicamentos que preenchem uma das seguintes condições:

1. Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
2. Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
3. Conttenham substâncias ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
4. Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Já o artigo 115º estipula que “*Os medicamentos que não preencham qualquer das condições previstas no artigo anterior não estão sujeitos a receita médica*”.

Ora, analisando o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de Junho, bem como o site do

Infarmed^V, concluímos que existem 2078 medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (sendo as substâncias ativas em menor quantidade na medida em que a mesma substância ativa pode ter diferentes nomes de medicamento). Vejamos alguns medicamentos que não estão sujeitos a receita médica quando vendidos em ambulatório e aos quais os enfermeiros poderão eventualmente recorrer em função de diagnósticos elaborados à luz do processo de enfermagem. E reflitamos, retirando a variável “*participação*” da análise, se os “*prescreveríamos*” a um utente e se, quando em contexto hospitalar, nos sentimos legitimados para administrar os respetivos medicamentos sem prescrição médica.

Tabela 4 - Medicamentos não sujeitos a receita médica à venda em ambulatório

Nome do Medicamento	DCI	Forma farmacêutica	Dosagem	Embalagem
A-A-S	Ácido acetilsalicílico	Comprimido	500 mg	Blister - 20 unidade(s)
Acetilcisteína Azevedos	Acetilcisteína	Comprimido efervescente	600 mg	Recipiente para comprimidos - 20 unidade(s)
Actolaxan	Macrogol + Bicarbonato de sódio + Cloreto de potássio + Cloreto de sódio	Pó para solução oral	Associação	Saqueta - 30 unidade(s)
Ambroxol Azevedos	Ambroxol	Xarope	6 mg/ml	Frasco - 1 unidade(s) - 100 ml
Ananase	Bromelaína	Comprimido revestido	40 mg	Blister - 40 unidade(s)
Apiredol	Paracetamol	Solução oral	100 mg/ml	Frasco - 1 unidade (s) - 30 ml
Brufen	Ibuprofeno	Comprimido revestido por película	200 mg	Blister - 20 unidade(s)
Buscopan	Butilescopolamina	Comprimido revestido	10 mg	Blister - 40 unidade(s)
Casenlax	Macrogol	Pó para solução oral	10000 mg	Saqueta - 10 unidade(s)
Dagesil	Diclofenac	Gel	10 mg/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 30 g
Dolorilgel	Nimesulida	Gel	30 mg/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 50 g
Drill Mucolítico Adulto	Carbocisteína	Xarope	50 mg/ml	Frasco - 1 unidade(s) - 200 ml

v

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/LOCALS_DE_VENDA_MNSRM/LISTA_DE_MNSRM (consultado a 4.4.2014)

Duphalac	Lactulose	Xarope	667 mg/ml	Frasco - 1 unidade(s) - 200 ml
Hansaplast Emplastro Térmico	Capsaicina	Emplastro medicamentoso	4.8 mg	Saqueta - 1 unidade(s)
Hirudoid	Heparinóide	Creme	3 mg/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 100 g
Lidonostrum	Lidocaína	Pomada	50 mg/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 35 g
Livetan	Valeriana (raíz)	Comprimido revestido por película	500 mg	Blister - 20 unidade(s)
Losec	Omeprazol	Comprimido gastrorresistente	20 mg	Blister - 7 unidade(s)
Mag	Pantoprazol	Comprimido gastrorresistente	20 mg	Blister - 14 unidade(s)
Micolysin	Clotrimazol	Solução cutânea	10 mg/g	Frasco - 1 unidade(s) - 20 ml
Momendol	Naproxeno	Comprimido revestido por película	200 mg	Blister - 12 unidade(s)
Mucodrenol	Ambroxol	Xarope	6 mg/ml	Frasco - 1 unidade(s) - 200 ml
Narizima	Lisozima + Tonzilamina + Isobenzidrina	Gotas nasais, solução	Associação	Frasco - 1 unidade(s) - 20 ml
Neo-Sinefrina	Fenilefrina	Gotas nasais, solução	2.5 mg/ml	Frasco conta-gotas - 1 unidade(s) - 15 ml
Nicopatch 7 mg/24 horas	Nicotina	Sistema transdérmico	7 mg/24 h	Saqueta - 21 unidade(s)
Nizoral	Cetoconazol	Champô	20 mg/g	Frasco - 1 unidade(s) - 100 ml
Norlevo	Levonorgestrel	Comprimido	1.5 mg	Blister - 1 unidade(s)
Pantelmin	Mebendazol	Comprimido	100 mg	Blister - 6 unidade(s)
Pepsamar	Hidróxido de alumínio	Comprimido para mastigar	240 mg	Blister - 60 unidade(s)
Polisulfadê	Bacitracina + Polimixina B	Pomada	500 U.I./g + 10000 U.I./g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 20 g
Procto-Glyvenol	Tribenosido + Lidocaína	Creme retal	50 mg/g + 20 mg/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 30 g
Reumon Gel	Etofenamato	Gel	50 mg/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 60 g
Tavégyl	Clemastina	Comprimido	1 mg	Blister - 10 unidade(s)
Teniverme	Flubendazol	Suspensão oral	20 mg/ml	Frasco - 1 unidade(s) - 60 ml
Ulcerase	Colagenase	Pomada	0.6 U/g	Bisnaga - 1 unidade(s) - 30 g
Valdispert	Valeriana	Comprimido revestido	125 mg	Frasco - 80 unidade(s)

VibrocilFen	Fenilefrina	Gel nasal	2.5 mg/g	Frasco - 1 unidade(s) - 15 g
Zovirax	Aciclovir	Creme	50 mg/g	Dispositivo doseador - 1 unidade(s) - 2 g

Nota: DCI – denominação comum internacional; AAS – ácido acetilsalicílico.

Portanto, tendo apenas como referência este excerto da extensa lista de MNSRM, podemos deduzir que interviriámos, farmacologicamente e enquanto EER, sobre as seguintes situações^{VI}:

- Prevenir a formação de trombos em doentes que tiveram: acidente vascular cerebral, ataque cardíaco, cirurgia do *bypass*, obstrução de um vaso sanguíneo (trombose ou embolismo) ou que tenham angina do peito.
- Adjuvar a mucólise no tratamento antibacteriano das infeções respiratórias, em presença de hipersecreção brônquica.
- Normalizar a motilidade do cólon.
- Reduzir a viscosidade das secreções brônquicas, tornando o muco mais fluido e facilitada a formação e a drenagem do material tensoativo dos alvéolos pulmonares e dos brônquios.
- Reduzir a intensidade e a duração do edema dos processos inflamatórios e dos hematomas.
- Eliminar ou aliviar a dor.
- Reduzir a inflamação.
- Reduzir espasmos agudos do aparelho gastrointestinal, das vias biliares e do aparelho génito-urinário, incluindo cólicas biliares e renais.
- Eliminar a obstipação através da normalização da consistência das fezes.
- Aliviar a dor, moderada a grave, na neuropatia diabética dolorosa que interfira com as atividades diárias e que não tenha respondido a outro tratamento.
- Tratamento de veias superficiais inflamadas e tratamento tópico adjuvante de hematomas superficiais e de síndrome varicosa.
- Anestésiar uma área definida do corpo.
- Reduzir a ansiedade ligeira temporária.
- Diminuir a dificuldade temporária em adormecer.

^{VI} Esta simulação foi feita recorrendo às informações contidas nos “*folhetos informativos: informação para o utilizador*” aprovados pelo INFARMED e para cada substância ativa quando aplicável, dado que existem substâncias ativas cujos efeitos são bastante similares.

- Reduzir a quantidade de ácido que é produzida pelo estômago, coadjuvando no tratamento de situações como a dor, inflamação e azia ao nível do esôfago, assim como as úlceras no duodeno ou gástricas.
- Tratar infecções da pele provocadas por fungos (micoses) tais como: pé de atleta; dermatite provocada pela fralda e pitíriase versicolor.
- Descongestionar as vias nasais.
- Aliviar os sintomas de abstinência da nicotina, em caso de dependência da nicotina.
- Prevenir e tratar infecções fúngicas tais como caspa e dermite seborreica.
- Prevenir a gravidez, após uma relação sexual não protegida ou em caso de falha de um método contraceptivo.
- Tratar infestações intestinais simples ou mistas causadas por: *Enterobius vermicularis* (enterobíase ou oxiuríase), *Trichuris trichiura* (tricocefalíase), *Ascaris lumbricoides* (ascaridíase), *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus* (ancilostomíase), *Strongyloides stercoralis* (estrongiloidíase).
- Aliviar perturbações do sistema digestivo como a pirose, enfartamento e flatulência.
- Tratar topicamente (e com curta duração) infecções superficiais, queimaduras grau I e II de pequena extensão, piodermites, foliculite, impetigo contagioso, ectima e dermatites eczematóides infecciosas.
- Tratar hemorroidas externas e internas.
- Tratar topicamente situações inflamatórias de origem traumática ou reumatismal, dolorosas, do aparelho locomotor, desde que a sintomatologia seja localizada, tais como: artropatias (periartrite, artrite, artrose, poliartrite, espondilose, osteoartrose), mialgias, bursites, tenossinovites, fibrosites nevrálgias (síndrome cervical, lombalgias, ciatalgias), contusões, entorses e distensões (associadas, por exemplo, a traumatismos desportivos).
- Aliviar sintomas alérgicos nasais (rinorreia e congestão nasal) e/ou cutâneos.
- Tratar queimaduras superficiais (1º e 2º grau), úlceras varicosas e de decúbito e feridas superficiais da pele.
- Tratar infecções por vírus Herpes *simplex* da pele e mucosas, incluindo herpes genital inicial e recorrente (excluindo vírus Herpes *simplex* no recém-nascido e

infecções graves por vírus Herpes *simplex* em crianças imunocomprometidas) e tratar infecções por vírus Herpes *zoster* (varicela e zona).

Na medida em que as situações surjam enquadradas no respetivo processo de enfermagem, consagrado na metodologia científica a aplicar pelos enfermeiros^{VII}, e a intervenção decorrente esteja no escopo das competências comuns^{VIII} e específicas dos enfermeiros especialistas em reabilitação^{IX} (para a situação em apreço no presente trabalho) nada obsta a que os EER recorram às terapêuticas, e as prescrevam aos utentes, no âmbito da sua intervenção autónoma^X.

No que respeita a medicamentos homeopáticos, uma notícia do Jornal de Notícias de 2011-02-05^{XI} afirmava que “há 837 produtos farmacêuticos homeopáticos registados no *Infarmed*”. Também estes constituem uma ampla panóplia de recursos que podem ser utilizados no âmbito da intervenção autónoma dos enfermeiros. A alínea c) do n.º 2 da Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro (que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais) define a homeopatia como uma terapêutica não convencional, e é sabido que há um número cada vez mais crescente de enfermeiros que incorporam na sua intervenção diária técnicas próprias não só da homeopatia como das outras terapias não convencionais (Alvim, Ferreira, Cabral & Almeida, 2006; Nuñez & Ciosak, 2003; Tsuchiya & Nascimento, 2002; Andrade & Pedrão, 2005; Gavin, Oliveira & Gherardi-Donato, 2010; Santos, 2012; Santos, 2011; Alves, 2012).

No caso dos medicamentos tradicionais à base de plantas poderemos incorrer na opinião de que serão inócuos e a sua utilização não ser regida pelos mesmos princípios científicos que aplicamos aos ditos medicamentos “*tradicionais*”. Ora, tal não poderia estar mais longe da verdade. Como nos demonstra o OIPM (Observatório de Interações Planta-Medicamento) da Universidade de Coimbra^{XII} estão registadas 58 interações entre plantas e os ditos medicamentos “*tradicionais*”. Tal facto releva para a abordagem científica que os enfermeiros deverão ter em cada intervenção que realizam, ainda que a mesma seja

^{VII} Cf. n.º 3 do artigo 5.º e alíneas b), c) e g) do n.º 4 do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

^{VIII} Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros

^{IX} Regulamento n.º 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros

^X Cf. n.º 2 do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

^{XI} http://www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1775949&page=-1 (consultado a 4.4.2014)

^{XII} <http://www.oipm.uc.pt/interacoes/index.php?target=list> (consultado a 4.4.2014)

aconselhar a toma de um chá de determinada planta. E se esta preocupação e juízo clínico está presente para uma situação destas, também o estará no caso dos ditos medicamentos “tradicionais”, sujeitos ou não a receita médica, bem como no caso dos gases medicinais (cf. deliberação nº 56 do Conselho Diretivo do Infarmed, de 2008^{XIII}).

Em termos de legislação na área do medicamento, podemos afirmar que esta, sistematicamente, afasta os enfermeiros deste domínio. Vejamos alguns exemplos onde estes profissionais não são contemplados:

- Portaria nº 340/2012 de 25 de Outubro (regula os mecanismos de avaliação e controlo no âmbito da prescrição e dispensa de medicamentos, cria as comissões de farmácia e terapêutica de cada Administração Regional de Saúde e estabelece as respetivas atribuições, composição e funcionamento);
- Despacho nº 15700/2012 de 30 de Novembro (aprova os modelos de receita médica no âmbito da regulamentação da Portaria nº 137-A/2012, de 11 de Maio);
- Despacho nº 2061-C/2013 de 1 de Fevereiro (cria a comissão nacional de farmácia e terapêutica e estabelece as suas competências e composição);
- Deliberação nº 690/2013 de 7 de Fevereiro (aprova o regulamento de funcionamento da comissão nacional de farmácia e terapêutica).

Será, no entanto, de sublinhar a Lei nº 12/2001 de 29 de Maio (contraceção de emergência) quando no seu nº 2 do artigo 3º estipula que “*A dispensa e a venda de contraceptivos de emergência serão efetuadas sob orientação de um profissional de saúde que promove o aconselhamento inicial e o encaminhamento para consultas de planeamento familiar*”. Não fosse esta a redação da disposição e quantos enfermeiros teriam ficado, por força do normativo, vedados de dar o seu contributo valioso para a implementação e sucesso dos programas de planeamento familiar? Aqui se demonstra que a modalidade de prescrição protocolada funciona com segurança quando aplicada por enfermeiros.

Matéria complementar, pela sua natureza indutora, para esta análise da capacidade legal dos EER para utilizarem livremente, bem como prescreverem, medicamentos no âmbito da sua intervenção autónoma, é a questão da comparticipação. Ora, não obstante os

XIII

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/GASES_MEDICINAIS/Delib_056_CD_20080001.pdf
(consultado a 4.4.2014).

argumentos acima expostos, é sabido que a comparticipação pode ser indutora, ou limitadora, de práticas prescritivas por parte dos profissionais de saúde^{XIV} e, assim, contribuir para a apropriação social da sua autoridade, formal e informal, para prescrever (Martins, 2004; Rodrigues, 1993).

^{XIV} “Os sistemas de comparticipação são determinantes no acesso aos medicamentos, e têm sido objeto de intenso escrutínio pelo facto de condicionarem diretamente a despesa farmacêutica, nomeadamente no componente major, que é o do terceiro pagador. Ou seja, contribuem para aumentar o acesso aos medicamentos, fomentando o consumo de medicamentos que de outra forma seriam inacessíveis, em virtude do baixo rendimento do consumidor, do preço elevado dos medicamentos ou de ambos.” in Portela, Maria (2009) Regimes de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos – avaliação do impacto do sistema de preços de referência em Portugal, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

2.2. Ajudas técnicas / produtos de apoio

O Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de Abril, aprovou o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio - SAPA, que substituiu o anterior sistema supletivo de ajudas técnicas/produtos de apoio. Pretendeu-se com a implementação deste novo sistema de atribuição e financiamento de produtos de apoio uma maior racionalização dos custos e uma maior transparência, sendo a sua finalidade *“compensar e atenuar as limitações de atividade e restrições de participação decorrentes da deficiência, potenciar a funcionalidade, exponenciar a participação, promover a inclusão e aumentar a qualidade de vida destas pessoas”*.

Merecerá destaque no Decreto-Lei n.º 93/2009 alguns dos seus artigos, nomeadamente pelos contributos que dão para afunilar o objeto de análise no presente trabalho e, assim, o seu enquadramento.

Desde logo, o artigo 4º procede à definição dos seguintes conceitos:

- Pessoa com deficiência: *“aquela que, por motivos de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e participação em condições de igualdade com as demais pessoas”*;
- Pessoa com incapacidade temporária: *“aquela pessoa que por motivo de doença ou acidente encontre, por um período limitado e específico no tempo, dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a sua atividade e participação diária em condições de igualdade com as demais pessoas”*;
- Produtos de apoio (anteriormente designados de ajudas técnicas): *“qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação”*.

Em termos operacionais da prescrição são definidos outros conceitos que também importa reter:

- Entidades prescritoras: “*a entidade, serviço, organismo ou centro de referência à qual pertence a equipa técnica multidisciplinar ou o médico que procede à prescrição*”;
- Entidades financiadoras: “*as entidades que participam a aquisição do produto de apoio com base numa prescrição passada por entidade prescritora*”;
- Equipa técnica multidisciplinar: “*a equipa de técnicos com saberes transversais das várias áreas de intervenção em reabilitação, integrando, designadamente, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicólogo, docente, recorrendo quando necessário a outros técnicos em função de cada uma das situações, nomeadamente técnicos de serviço social, protésicos, engenheiros e ergonomistas, de forma a que a identificação dos produtos de apoio seja a mais adequada à situação concreta, no contexto de vida da pessoa*”.

Em termos da prescrição propriamente dita temos os artigos 7º (entidades prescritoras), 8º (ato de prescrição), 9º (fichas de prescrição) e 10º (lista de produtos de apoio). O artigo 8º diz-nos o seguinte:

“1 — Os produtos de apoio são prescritos por equipa técnica multidisciplinar, designada e a funcionar junto da entidade prescritora, sem prejuízo do disposto no n.º 3.

2 — A equipa técnica multidisciplinar é constituída, no mínimo, por dois técnicos.

3 — No caso de prescrição médica obrigatória, os produtos de apoio são prescritos apenas por médico.”

Para melhor esclarecimento deste artigo 8º será útil analisar o conteúdo do Despacho n.º 14278/2014 de 26 de Novembro^{XV}, na medida em que clarifica quais os elementos a considerar nos modelos de prescrição por equipa multidisciplinar e de prescrição médica obrigatória. É nossa opinião que o Despacho se revela desadequado àquelas que são as competências e praxis atuais dos EER, na medida em que não reconhece, por via da capacidade prescritora, as competências em vigor para os mesmos e, assim, os seus

^{XV} Aprova a lista de produtos de apoio (anexo I), tendo por referência o constante na norma ISO 9999:2007, e identifica a composição da equipa técnica multidisciplinar, consoante o produto de apoio a prescrever. Aprova os produtos de apoio considerados reutilizáveis constantes no anexo II.

percursos formativos e profissionais. Por outro lado, também é indicativo de uma ampla panóplia de soluções que estarão na maior parte das vezes ausentes do espírito dos EER aquando da sua prestação de cuidados de saúde nas respetivas unidades, talvez, inferimos nós, pela reduzida usualidade com que lidam com esses produtos de apoio ou pela filosofia de cuidados e prática cultural de organização da prestação de cuidados em vigor na maioria das instituições de saúde em Portugal (Carapinheiro, 1998).

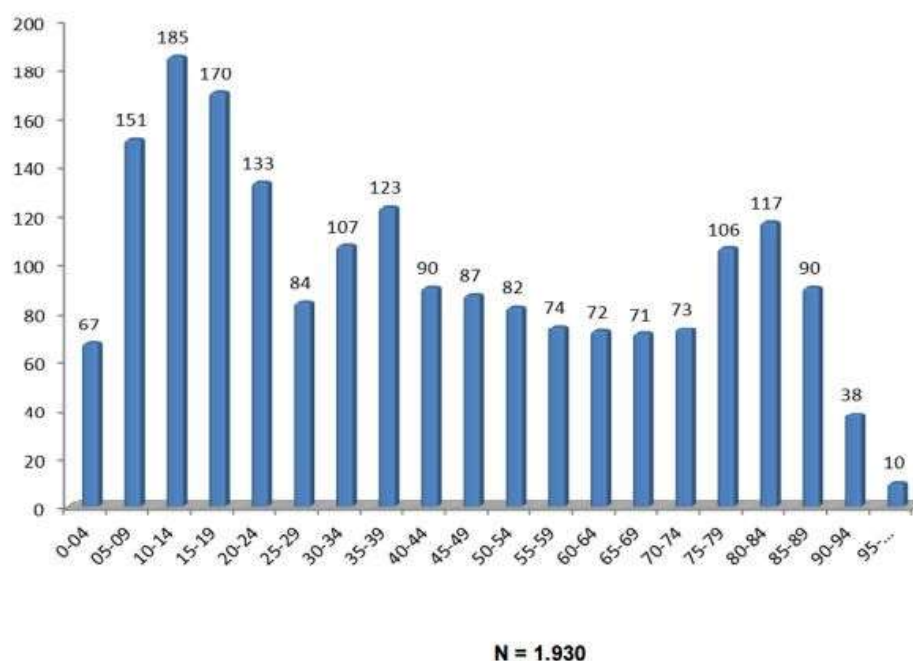
Em termos de peças legislativas relativas aos produtos de apoio fazemos uma última referência à Portaria n.º 78/2015, de 17 de Março^{XVI}, na medida em que o modelo da ficha de prescrição de produtos de apoio (parte constante da Portaria) incorpora conceitos da “*Classificação Internacional da Funcionalidade*”, “*Incapacidade*” e “*Saúde*”, remetendo-nos para a importância da devida apropriação das linguagens classificadas e sua integração ao nível dos sistemas de informação da saúde.

Debrucemo-nos agora brevemente, com o exclusivo intuito de termos uma visão global do impacto nacional da prescrição de produtos de apoio, sobre o relatório de financiamento de produtos de apoio do ano de 2013.

Segundo este relatório, em 2013 foram financiados 19.905 produtos de apoio com a seguinte distribuição: 15.711 pelos hospitais, 3.862 pelos centros distritais do Instituto de Segurança Social (ISS) e 332 pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). 56% dos produtos foram atribuídos a indivíduos do sexo feminino e 44% do sexo masculino. Em termos de faixas etárias a distribuição é a constante do gráfico n.º 1.

^{XVI} Aprova o modelo da ficha de prescrição de produtos de apoio, no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA), constante do anexo à referida Portaria, e da qual faz parte integrante.

Gráfico 1 – Atribuição de produtos de apoio por faixas etárias em 2013



Retirado de “Avaliação da atribuição dos produtos de apoio – relatório 2013”, INR, I.P.

No que se refere à distribuição por tipologia de deficiência, e reportando-nos apenas ao total de 15.711 produtos de apoio prescritos pelos Hospitais do SNS, verifica-se que a distribuição seguiu o seguinte padrão: deficiência motora (49,69%), deficiência orgânica (29,69%), deficiência visual (7,72%), outra deficiência não especificada (7,05%) e deficiência auditiva e mental, 5,58% e 0,26%, respetivamente (INR, 2013).

Relativamente à categorização dos produtos de apoio disponibilizados em 2013, de acordo com a tipificação prevista no catálogo nacional de ajudas técnicas, verifica-se que 4 categorias corresponderam a cerca de 85% do total de produtos prescritos no ano de 2013, a saber: 06 – ortóteses e próteses; 09 – ajudas para cuidados a pessoas e de proteção; 21 – ajudas para comunicação, informação e sinalização; e 04 – ajudas para tratamento clínico individual.

2.3. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

O Despacho n.º 9186/2011 do Secretário de Estado da Saúde visa criar os mecanismos para a prescrição eletrónica de MCDT, estipulando que *“A partir de 1 de Setembro de 2011, a prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) cujos encargos devam ser suportados, no todo ou em parte, por verbas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) só pode ser feita através de documento eletrónico”*. É preciso, porém, complementar esta referência com o Despacho n.º 10783-B/2011 do Secretário de Estado da Saúde, que refere que *“Com a publicação do despacho n.º 9186/2011 (...) tornou -se necessário, em relação aos documentos de requisição de meios complementares de diagnóstico, introduzir situação de exceção à luz do regime previsto no despacho n.º 3956/2010”*, definindo, assim, o *“modelo de documento pré-impresso para efeitos de requisição manual de meios complementares de diagnóstico e terapêutica aprovado pelo despacho n.º 3956/2010”*. Chegados aqui, expliquemos o porquê desta digressão legislativa. Quando observamos o dito *“documento pré-impresso”* constatamos que o mesmo só contempla a assinatura por médico, ou seja, há todo um edifício jurídico, burocrático e administrativo construído em cima da premissa que só aos médicos está reconhecida a capacidade prescritora. E assim, ficamos, em parte, esclarecidos sobre o papel dos enfermeiros na prescrição de MCDT embora mais recentemente a norma 2/2015 da Direção Geral da Saúde (DGS) tenha vindo abrir a porta à modalidade de prescrição protocolada no que respeita aos MCDT no âmbito da Triagem de Manchester.

2.4. Tratamentos

O Despacho n.º 9309/2013^{XVII}, relativo à prestação de cuidados respiratórios domiciliários (CRD), refere-se ao fornecimento de serviços e equipamentos no local de residência dos doentes de 3 terapêuticas: oxigenoterapia de longa duração (OLD), ventilação mecânica domiciliária (VMD) e aerossolterapia por sistemas de nebulização. Justifica a necessidade do normativo sobre esta matéria pelas seguintes razões:

- Previsível aumento do número de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e síndrome de apneia obstrutiva de sono;
- Necessidade de melhorar o cumprimento dos critérios de prescrição pelos médicos;
- Baixa adesão dos doentes em virtude da falta de esclarecimento e supervisão, principalmente na OLD, e desajustamento da prescrição no caso da aerossolterapia por sistemas de nebulização e da ventiloterapia;
- A melhoria da qualidade de prescrição só pode ocorrer se for observado um cumprimento estrito dos critérios de prescrição definidos nas Normas de Orientação Clínica (NOC) de CRD pelos médicos prescritores;
- Necessidade de um maior controlo dos encargos com CRD.

Alicerçado nestes fundamentos estipula, entre outros aspetos, que:

- A prescrição de CRD é efetuada obrigatoriamente de forma eletrónica, através de um sistema que incorpora as NOC da DGS relativas a esta matéria;
- A prescrição inicial de CRD deve ser efetuada por médicos com competência na área respetiva em meio hospitalar, com acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição conforme as NOC da DGS, podendo as prescrições de continuidade de tratamento ser efetuadas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Analisando os pressupostos do normativo, bem como as regras que estipula, e entrando em linha de conta com aquilo que é o espetro de competências dos EER e a natureza dos cuidados que prestam, sem deixar de considerar a procura constante de maior eficiência na organização do sistema prestador de cuidados de saúde na ótica da acessibilidade,

^{XVII} <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/36132/2243322433.pdf> - consultado a 11.4.14

qualidade e interação dos utentes com o mesmo, somos levados a considerar que a prescrição deste tipo de tratamentos pode ser feita pelos EER na modalidade de prescrição complementar, principalmente no que respeita aos cuidados de saúde primários mas também em contexto hospitalar. No entanto, o despacho é taxativo na exclusividade da prescrição, afastando qualquer participação dos enfermeiros no mesmo e limitando, assim, a qualidade dos cuidados que os EER podem prestar e o acesso dos utentes a este tipo de tratamento (considerando as crescentes limitações de acesso a cuidados de saúde, conforme referido nos relatórios do OPSS^{XVIII XIX} e na imprensa escrita^{XX XXI XXII}).

Em termos de tratamentos podemos ainda incorrer numa breve análise da tabela de MCDT convencionados a 1 de Abril de 2014^{XXIII} (sendo esta a versão mais recente aquando da elaboração do presente estudo) e, por exemplo, analisar todas as técnicas constantes da tabela da área G (Medicina Física e Reabilitação) na área da Cinesiterapia. Sendo as técnicas que dela constam familiares aos EER, importaria agora refletir sobre os critérios para elaboração dos diagnósticos que nos levariam à prescrição das mesmas num contexto de exercício profissional especializado autónomo. É empiricamente aceite (e procuraremos validar com a análise das respostas ao nosso questionário) que o financiamento de cuidados constantes desta tabela de MCDT em função da prescrição por EER contribuiria para a consolidação cultural da nossa autoridade prescritora. No entanto, temos exemplos de como tanto do ponto de vista regulamentar, como administrativo, essa autoridade relativamente a tratamentos continua diminuída.

Do ponto de vista regulamentar o próprio aviso nº 9448/2002 de 7 de Agosto de 2002, publicado na sequência do despacho do Secretário de Estado da Saúde que aprova o Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação, vem relegar não só os conceitos próprios da Enfermagem de Reabilitação mas os próprios enfermeiros para uma posição extremamente subalterna e de menor relevância quando comparados com o

^{XVIII} <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf> - acedido a 11.4.14

^{XIX} http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf - acedido a 11.4.14

^{XX} <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ha-acionamento-no-acesso-a-cuidados-para-idosos-e-dependentes-1602391> - acedido a 11.4.14

^{XXI} <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/hospitais-publicos-fizeram-menos-44-milhoes-de-analises-e-exames-de-diagnostico-em-dois-anos-1631004#/0> - acedido a 11.4.14

^{XXII} <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/doentes-continuam-a-esperar-quatro-meses-por-uma-consulta-hospitalar-1624413> - acedido a 11.4.14

^{XXIII} <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/Convencionados/tabid/143/langua ge/pt-PT/Default.aspx> - consultado a 22.7.15

enquadramento conferido quer aos médicos quer aos terapeutas e ortoprotésicos no âmbito desse manual.

Porém, algumas mudanças parecem operar-se no horizonte. Recentemente a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira questionou a ADSE (Assistência na Doença dos Servidores do Estado) sobre quais os técnicos legalmente habilitados para realizar tratamentos que configurem atos da tabela de medicina física e reabilitação, para efeitos de comparticipação, tendo a mesma respondido que estes seriam os fisioterapeutas. Após a intervenção das entidades competentes a ADSE acabou por rever a sua posição incluindo os EER no grupo de profissionais que poderão realizar tratamentos da tabela de medicina física e reabilitação passíveis de comparticipação pela ADSE. Porém, não reviu a sua posição quanto à obrigatoriedade da prescrição médica, o que nos configura uma limitação objetiva à autonomia e competência técnico-científica dos EER para realizarem os devidos diagnósticos e atuarem em conformidade.

3. A Enfermagem na Europa e no Mundo

3.1. Categorias de enfermeiros na União Europeia e no Mundo

Dado que iremos proceder à análise da realidade prescritiva de enfermeiros na União Europeia (UE) e no mundo, importa clarificar neste momento alguns conceitos e prevenir futuras confusões.

As comparações são muito difíceis e complexas a nível europeu, desde logo porque a única harmonização legal que existe é aquela que é imposta ao abrigo da Diretiva 2013/55/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de Novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento n.º 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do sistema de informação do mercado interno (Regulamento IMI).

Quando passamos o 1.º nível de enfermagem (conceito adotado por nós para melhor entendimento neste trabalho), considerando este como o enfermeiro licenciado em Enfermagem no caso Português, e avançamos para outros níveis, as comparações são difíceis, complexas e até mesmo, diremos, infrutíferas.

Porém, dado que o presente trabalho se dedica ao estudo da prescrição por enfermeiros especialistas em reabilitação, importará tentar perceber:

- Que níveis de enfermagem existem atualmente na União Europeia;
- Que diferentes especialidades existem atualmente na União Europeia;
- Como está enquadrada a especialidade em enfermagem de reabilitação noutros países (da União Europeia ou não).

Começamos pelo relatório do CCNURCA^{XXIV} (2013) sobre a situação atual do ensino de enfermagem na UE e na região dos Balcãs, onde podemos encontrar a síntese que adaptámos na tabela 5.

^{XXIV} <http://www.ccnurca.eu/> - consultado a 24.7.15

Tabela 5 – caracterização do ensino de enfermagem na UE e região dos Balcãs

País	Primeiro nível de enfermeiro					Segundo nível de enfermeiro
	Sector		Duração em anos	Qualificação	Generalista/Especialista	Duração em anos
Bélgica	ES	EE no SU	3	Grau	Generalista	3
Dinamarca	ES	EE no SU	3.5	Grau	Generalista	
Finlândia	ES	Politécnico	3.5	Grau	Generalista	3
França	FC	EE	3	Diploma	Generalista	
Alemanha	FC	EE	3	Diploma	ED	1
Irlanda	ES	Universidade	4	Grau	ED	
Itália	ES	Universidade	3	Grau	Generalista	
Holanda	ES	EE	4	Grau	Generalista	4
Noruega	ES	Universidade	3	Grau	Generalista	
Espanha	ES	Universidade	3	Grau	Generalista	
Suécia	ES	Universidade	3	Diploma	Generalista	3
Suíça	ES	EE	3	Diploma	Generalista	
	VOC	Universidade				
Reino Unido	ES	Universidade	3	Diploma e grau	Ramo comum	

Adaptado de *Analysis of current situation in nursing education in EU and in the WB region* (CCNURCA, 2013)

Legenda: ES – Ensino superior; FC – formação contínua; ES VOC – Ensino superior vocacional; EE - Escola de enfermagem; SU – Sistema universitário; ED – Entrada direta

Segundo o relatório, 10 dos 18 países mantêm dois níveis de enfermeiros, o que inclui todos os países não pertencentes à UE e 5 dos 12 países da UE (Bélgica, Finlândia, Alemanha, Holanda e Suécia). Como o Reino Unido, a maioria dos países passaram a formação de enfermeiros de primeiro nível para o sector do ensino superior e garantem um diploma e / ou um grau. Embora a França e a Alemanha sejam as exceções, com a maioria dos enfermeiros qualificados por via das escolas de enfermagem ligadas aos hospitais, várias universidades alemãs já permitem a obtenção de um primeiro nível de qualificação profissional e académico, ao passo que em França está em curso uma campanha para o ensino da enfermagem passar para o sector do ensino superior.

Naqueles que se mudaram para o ensino superior, 6 países incluindo o Reino Unido, há mais do que uma via para o registo: tipicamente um diploma, um grau associado ou um grau. Enquanto a Inglaterra (a única dos quatro países do Reino Unido) permite a obtenção do diploma e do grau ao nível universitário, outros países não pertencentes à UE tendem a permitir a obtenção do grau de 3 anos numa instituição e o diploma noutras instituições, como faculdades comunitárias.

A maioria dos países onde o acesso à profissão se faz apenas por uma via, têm cursos de 3 anos, alguns cursos de 3,5 anos e apenas a Irlanda contempla um curso de 4 anos (como

acontece em Portugal, que não foi abrangido neste estudo). O padrão entre os países onde há mais do que uma via para o ingresso na profissão é o curso de graduação de quatro anos com a possibilidade de se associarem graus e diplomas de duração mais curta.

Os cursos para acesso ao segundo nível variam consideravelmente, indo de 1 a 3 anos e podendo ser realizados em diversos tipos de instituições.

Em termos da dualidade generalista/especialista existe, segundo o relatório, bastante diversidade sobre a forma como os diplomas de especialização podem ser obtidos. As informações recolhidas sobre o primeiro nível do ensino pré-registo^{XXV} nos países analisados mostraram que existem quatro modelos, que formam um *continuum* que vai desde cursos inteiramente especialistas até cursos exclusivamente genéricos, com duas variantes entre os dois.

- Qualificação especializada no primeiro nível após um curso de entrada direta (modelo 1).

O sistema alemão consiste na entrada direta para cuidados gerais, pediatria ou geriatria. A Irlanda, com um curso de graduação de 4 anos, contempla 5 vias de entrada direta para cuidados gerais, pediatria e cuidados gerais integrados, deficiência mental, enfermagem psiquiátrica e obstetrícia. Algumas províncias canadenses também dispõem de entrada direta para enfermagem psiquiátrica e na Itália tem havido um movimento, contestado, que visa introduzir a entrada direta para enfermagem pediátrica.

- Qualificação especializada no primeiro nível num curso de núcleo central e ramificações especializadas (modelo 2).

O sistema de um programa de núcleo seguido por um ramo no qual uma qualificação especializada é adquirida (adulto, criança, saúde mental ou dificuldade de aprendizagem) parece ser único do Reino Unido.

- Qualificação generalista seguindo um curso genérico com opções especializadas (Modelo 3) e sem opções especializadas (Modelo 4).

^{XXV} Entende-se por pré-registo tudo o que decorre antes da inscrição do enfermeiro, enquanto tal, na entidade reguladora da profissão do respetivo país.

A maioria (14) dos países fornece formação em enfermagem generalista sem qualificação especializada ao nível do pré-registo. Os diplomas de especialização são obtidos ao nível do pós-registo. Em muitos países, a mudança de cursos especialistas para cursos de entrada direta com vista a uma educação generalista acompanhou a transição do ensino de enfermagem para o sector do ensino superior. Estes países diferem quanto ao facto das opções pelas áreas especializadas serem disponibilizadas na última parte do curso ou todos os alunos seguirem o mesmo programa de forma homogénea.

Há um debate considerável em muitos dos países sobre as possíveis vantagens e desvantagens do movimento de especialista para generalista ao nível da qualificação inicial. A situação não é estática, com alguns países que mudaram para cursos genéricos sem opções especializadas (Modelo 4) a terem opções para determinadas especialidades introduzidas posteriormente (Modelo 3).

Também a situação relativa à formação das parteiras é variável: em alguns países a entrada é direta enquanto noutros é uma especialização pós-registo (como acontece em Portugal).

No que diz respeito aos países onde existem dois níveis de formação sequenciais há que notar que alguns têm uma abordagem generalista a um nível e especialista no outro.

Embora a informação sobre formação pós-registo seja de acesso mais difícil em alguns países, quando comparada com a relativa ao pré-registo, é possível identificar algumas tendências.

Todos os países têm algum tipo de formação especializada pós-registo conducente a qualificações registáveis e uma diversidade de cursos de âmbito da prática clínica, do ensino e da gestão.

Porém, surgem diferenças consideráveis em relação à prática avançada de enfermagem, com alguns países a afirmarem que o desenvolvimento está em fase muito precoce enquanto outros relatam desenvolvimentos ao nível dos mestrados em ciências da enfermagem (obtidos ao nível universitário).

A maioria dos países não membros da UE oferece uma ampla gama de cursos de prática avançada, denominados de cursos de “*Nurse Practitioner*” e cursos de especialidades

clínicas de enfermagem. Nos EUA (Estados Unidos da América) e no Canadá essas qualificações são obtidas exclusivamente ao nível do mestrado e / ou doutoramento.

A tabela 6 permite-nos ficar com uma ideia mais clara da realidade em cada um dos países analisados no relatório do CCNURCA (2013).

Tabela 6 – Formação pré e pós-registo em alguns países da UE

País	Formação pré-registo	Formação pós-registo e vias de carreira
Dinamarca	Nível/ categoria: licenciatura em enfermagem de nível universitário	<p>Após a formação generalista os cursos de especialidade estão disponíveis ao nível de diploma ou mestrado nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anestesia (18 meses; 2 anos de exercício profissional mais 6 meses na área como requisito de entrada); Cuidados intensivos (18 meses; 2 anos de exercício profissional mais 6 meses na área como requisito de entrada); Psiquiatria (1 ano; 2 anos de experiência em psiquiatria como requisito de entrada); Controlo de infeção (3 meses; 3 anos de exercício profissional, experiência em funções de ensino e administrativas e preferencialmente com um diploma em Enfermagem Avançada). <p>Também existem programas de mestrado em áreas clínicas em alguns colégios universitários assim como programas de doutoramento em enfermagem.</p> <p>Ainda existem programas de educação e ensino em enfermagem e de gestão/liderança em enfermagem com a duração de 1 ano e com o requisito de entrada de 1 ano de exercício profissional.</p>
Finlândia	<p>Nível/ categoria: diplomada e prática.</p> <p>1) Enfermeira diplomada/enfermeira de saúde pública diplomada: recebem formação semelhante, mas são consideradas profissões distintas.</p> <p>O sistema de ensino superior finlandês consiste em dois sectores paralelos; politécnicos (28) e universidades (20). A formação de enfermagem está assente no sector politécnico que é orientado para uma formação alinhada com as necessidades do mercado de trabalho.</p> <p>A duração é de 3,5 anos (201 ECTS) para a enfermeira diplomada e 4 anos (240 ECTS) para enfermeira de saúde pública diplomada.</p>	<p>Existe uma grande variabilidade de especialidades, tais como geriatria, saúde mental, enfermagem de família, enfermagem médico-cirúrgica e promoção da saúde. A partir de 2005 estes programas passaram a ser ao nível de mestrado no sector politécnico. O requisito de entrada é uma experiência profissional mínima relevante de três anos após a conclusão do primeiro grau. A qualificação de saída é <i>Master of Health Care</i> (90 ECTS).</p> <p>Em termos de prática avançada em enfermagem esta consubstancia-se nos graus de mestrado acima referidos.</p> <p>Quatro universidades têm departamentos de Enfermagem onde é possível realizar programas de mestrado e doutoramento, embora seja necessário obter previamente,</p>

	<p>A qualificação à saída é a licenciatura em saúde (a enfermeira de saúde pública é qualificada como enfermeira e como enfermeira de saúde pública).</p> <p>A formação generalista permite a escolha de uma área especializada nos últimos 6 meses de curso: saúde mental, cuidados agudos, jovens e adolescentes, geriatria, cuidados paliativos, pediatria, enfermagem multicultural.</p> <p>No caso da obstetrícia a formação é a geral para enfermagem seguida de um ano de obstetrícia (4,5 anos / 270 ECTS), permitindo a qualificação como enfermeira e parteira.</p> <p>2) Enfermeira prática: é uma qualificação profissional em cuidados sociais e de saúde, com cerca de metade dos profissionais a trabalharem nos serviços sociais. A qualificação pode ser obtida em instituições de formação profissional e tinha, até 1995, uma duração de 3 anos. Permite a obtenção de um diploma ou certificado, conforme a instituição.</p>	<p>mesmo no caso das enfermeiras diplomadas, a licenciatura em Ciências de Enfermagem (180 ECTS).</p>
<p>França</p>	<p>Nível/ categoria: diploma estatal. (A enfermagem está classificada como uma profissão paramédica e as parteiras como profissão médica)</p>	<p>As especialidades são obtidas ao nível do pós-registo.</p> <p>Existem 3 vias de especialização: enfermagem pediátrica, anestesia (2 anos de exercício profissional como requisito e 24 meses de formação em escolas de enfermagem anestésica) e peri-operatório (2 anos de exercício profissional como requisito e 18 meses de formação).</p> <p>Existem outras vias de especialização, tais como saúde mental e especialidades clínicas, mas estão descritas como não-oficiais.</p> <p>Estão disponíveis estudos de pós-graduação em algumas universidades, mas são realizados no âmbito de outras disciplinas, dado não existir a disciplina de enfermagem em França. Os enfermeiros podem aceder a programas médicos e paramédicos na área da saúde para aprimorar os seus conhecimentos, mas tais não conferem acesso a profissões específicas.</p>
<p>Alemanha</p>	<p>Nível/ categoria: existem dois níveis de enfermeiros – primeiro e segundo nível.</p> <p>Como não existe sistema de registo na Alemanha o termo enfermeiro diplomado não é usado.</p> <p>Enfermeiro de primeiro nível: existem 2 vias para se ser enfermeiro de primeiro nível:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curso de três anos numa escola de enfermagem associada a um 	<p>A formação pós-registo está disponível em: cuidados intensivos, cuidados psiquiátricos, enfermagem peri-operatória, enfermagem oncológica, enfermagem comunitária e controlo de infeção. A maioria dos cursos são programas de base hospitalar com a duração de 2 anos.</p> <p>Quanto à prática avançada em enfermagem mais de 50 universidades de ciências aplicadas disponibilizam licenciaturas em enfermagem para enfermeiros que já possuem o seu registo. São cursos dirigidos</p>

	<p>hospital e organizado de forma semelhante a uma aprendizagem profissional. É descrito como educação em enfermagem regular e não tem continuidade para o ensino superior. Permite a obtenção de um diploma em enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> Desde 2004 é possível obter uma licenciatura em enfermagem em várias universidades de ciências aplicadas, consistindo na primeira formação académica e profissional para enfermeiros. Algumas universidades disponibilizam programas de licenciatura para enfermeiros que já possuem o seu registo, obtido através da educação em enfermagem regular, e que têm pelo menos um ano de prática. <p>Enfermeiro de segundo nível: curso de um ano numa escola de enfermagem associada a um hospital.</p>	<p>principalmente para a gestão e educação, mas também na área das ciências de enfermagem. Por exemplo, o programa da Universidade Alice Salomon de Ciências Aplicadas (AFSH), em Berlim, disponibiliza uma licenciatura em enfermagem para enfermeiros que queiram especializar-se em Gestão e Melhoria de Qualidade.</p> <p>Existem doutoramentos disponíveis em ciências da enfermagem em diversas universidades.</p>
Irlanda	<p>Nível/ categoria: licenciatura em enfermagem de nível universitário mais uma qualificação profissional dependendo do curso escolhido: enfermagem pediátrica e geral integrada, enfermagem geral, enfermagem em incapacidade intelectual, parteira e psiquiatria.</p>	<p>Os seguintes cursos são passíveis de atribuição de qualificações registáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermagem pediátrica (não integrada na enfermagem geral) Parteira Enfermeiro supervisor Enfermagem de saúde pública
Itália	<p>Nível/ categoria: enfermeiro registado.</p> <p>O curso garante qualificação como enfermeiro de cuidados gerais. Embora durante o mesmo haja contacto com áreas de especialidade, a formação específica ao nível das mesmas só ocorre após o registo como enfermeiro de cuidados gerais.</p>	<p>As áreas de especialidade incluem: cuidados intensivos, paliativos/oncologia, tratamento de feridas e saúde mental. Os cursos são ministrados em universidades, instituições de saúde e agências de educação continua.</p> <p>Os mestrados consistem em cursos de 2 anos a meio-tempo para acesso à área da docência, direção de escolas de enfermagem e gestores.</p> <p>Existem doutoramentos em algumas universidades embora sob a supervisão das faculdades de medicina.</p>
Holanda	<p>Nível/ categoria: existem 2 níveis de enfermeiros registados. Em termos do quadro europeu de qualificações a formação em enfermagem é concretizada no nível 5 e 4 do EQF. Ambos conduzem à atribuição do título de enfermeiro registado.</p> <p>O nível 5 é ministrado ao nível universitário, tem a duração de 4 anos e consiste num curso generalista com opções especializadas. Após os primeiros 2 anos os alunos podem escolher entre cuidados gerais ou enfermagem de saúde</p>	<p>Existe uma ampla panóplia de cursos de especialidade pós-registo.</p> <p>Em termos de prática avançada nove instituições de carácter politécnico disponibilizam programas de mestrado.</p> <p>3 universidades disponibilizam um programa de mestrado em ciências de enfermagem para os enfermeiros que tenham completado o nível 5 mas não para os que tenham o nível 4.</p>

	<p>mental (o que também inclui cuidados a pessoas com dificuldades de aprendizagem). À saída do curso os alunos obtêm o grau de enfermeiro.</p> <p>O nível 4 é ministrado por instituições não-universitárias, tem a duração de 4 anos, à saída os alunos obtêm um diploma (nível vocacional) e enquanto enfermeiros podem trabalhar em hospitais de saúde mental, principalmente em enfermarias de cuidados de longa duração.</p>	
Noruega	<p>Nível/ categoria: enfermeiro registado, com licenciatura de nível universitário.</p> <p>Os enfermeiros saem como enfermeiros de cuidados gerais, podendo depois ingressar em especialidades pós-registo.</p>	<p>Existem cursos de especialidade pós-graduada de pelo menos 1 ano de duração em áreas tão distintas como: cuidados intensivos, anestesia, peri-operatório, psiquiatria, saúde pública, obstetrícia, geriatria e oncologia. A experiência clínica é um requisito para a admissão aos cursos.</p> <p>Prática avançada de enfermagem: Pode-se obter graus universitários em ciências de enfermagem ao nível do mestrado (cursos de 2 anos) desde que se possua previamente a licenciatura, embora a maior parte dos candidatos já possua experiência clínica e uma especialidade. Também existem mestrados em áreas como teorias de enfermagem, ciência filosófica em enfermagem, ética em enfermagem e métodos de pesquisa avançados. Estes cursos implicam a realização de uma tese.</p>
Espanha	<p>Nível/ categoria: enfermeiro registado, com licenciatura de nível universitário.</p> <p>Os enfermeiros saem como enfermeiros de cuidados gerais, podendo depois ingressar em especialidades pós-registo.</p>	<p>Existem disponíveis cursos de especialidade pós-registo em obstetrícia (2 anos), saúde mental (1 ano), geriatria, pediatria, saúde comunitária, enfermagem de cuidados especiais e gestão em enfermagem.</p> <p>Existem ainda programas avançados que atribuem o mestrado em ciências de enfermagem e que incluem investigação, ensinos, gestão e prática avançada.</p> <p>Existem também doutoramentos em ciências de enfermagem.</p>
Suécia	<p>Nível/ categoria: existem dois níveis – enfermeiro registado e enfermeiro autorizado.</p> <p>O enfermeiro registado realiza o seu curso de 3 anos ao nível universitário e obtêm uma licenciatura em ciências de enfermagem. A este nível ainda existem dois outros programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curso de 4 anos que inclui 3 anos de enfermagem geral e 1 ano de assistência social; 	<p>Existem disponíveis cursos de especialidade pós-registo em cuidados de saúde primários, pediatria, cuidados intensivos, peri-operatório, psiquiatria, geriatria, oncologia, anestesia, enfermaria médica e cirúrgica pré-hospitalar e saúde ocupacional.</p> <p>Há também o diploma em enfermagem distrital (funções comparáveis ao enfermeiro de família) que se obtêm após 2 anos de experiência profissional e tem a duração de 1 ano.</p> <p>Existem cursos de prática de enfermagem avançada em cuidados de saúde primários,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Curso de 4 anos que inclui 3 anos de enfermagem geral e 1 ano em informática da saúde. <p>O curso é generalista com especialização ao nível do pós-registo.</p> <p>O enfermeiro autorizado realiza ao seu curso de 3 anos em instituições que se situam entre o ensino secundário e o universitário e pode escolher especializar-se em enfermagem psiquiátrica durante o curso.</p>	<p>onde após obterem 90 ECTS os enfermeiros obtêm a competência em prática de enfermagem avançada em cuidados de saúde primários e, com mais 90 ECTS, obtêm o grau de mestre.</p>
Suíça	<p>Nível/ categoria: enfermeiro registado.</p> <p>Neste momento há uma fase de transição entre duas vias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diploma de 3 anos numa escola de enfermagem (formação vocacional de nível superior); Licenciatura de 3 anos obtida numa universidade de ciências aplicadas. <p>A especialização é feita ao nível do pós-registo como enfermeiro de cuidados gerais.</p>	<p>Existem disponíveis cursos de especialidade pós-registo em psiquiatria, pediatria, oncologia, cuidados paliativos, nefrologia, cardiologia, diabetes, controlo de infeção e cuidados continuados.</p> <p>A duração dos cursos varia entre 1,5 anos e 2 anos.</p> <p>Existem programas universitários em prática avançada de enfermagem conducentes ao grau de mestre e doutor.</p>
Reino Unido	<p>Nível/ categoria: enfermeiro registado.</p> <p>Os enfermeiros acabam o curso com diploma ou grau em Inglaterra e grau na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.</p> <p>Os cursos de diploma duram 3 anos enquanto os que conferem grau duram 4.</p> <p>A especialização é secundária ao curso de base e pode ser nas seguintes áreas: adultos, crianças, saúde mental ou dificuldades de aprendizagem.</p> <p>O curso de parteira é à parte.</p>	<p>Existem várias vias para se obter uma especialidade, que vão desde programas de desenvolvimento profissional contínuo a diplomas de pós-graduação, licenciaturas e mestrados.</p> <p>Muitas universidades disponibilizam mestrados e doutoramentos em enfermagem / cuidados de saúde.</p>

Feita esta breve ingressão pela forma como a formação em Enfermagem está organizada em alguns países europeus (informação que se considerou necessária para interpretar a informação que vamos apresentar relativa à prescrição, assim como a envolvente externa de desenvolvimento da profissão em Portugal) olhemos agora para a comparação que operámos entre enfermeiro de prática avançada (*advanced practice nurse – APN*) e enfermeiro especialista em Portugal.

Começamos pela definição de Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) consensualizada no seio do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)^{XXVI}:

^{XXVI} <http://icn-apnetwork.org/>, consultado a 3.2.14

Um enfermeiro de prática avançada é um enfermeiro registado que adquiriu conhecimento especializado de base, aptidões de decisão complexas e competências clínicas para uma prática alargada, sendo que estas características são moldadas pelo contexto e/ou país no qual ele está credenciado para a prática. É recomendado o grau de mestre para o acesso à categoria (ICN, 2002).

Em termos de características de um EPA o CIE (2002) define as seguintes:

1. Preparação em termos educativos:
 - a. Preparação ao nível avançado;
 - b. Reconhecimento formal de programas educativos dirigidos à preparação dos enfermeiros para funções avançadas através da respetiva credenciação ou aprovação;
 - c. Sistema formal de licenciamento, registo, certificação e credenciação.
2. Natureza da prática:
 - a. Integra a pesquisa, educação, prática e gestão;
 - b. Alto grau de autonomia profissional e prática independente;
 - c. Gestão de casos próprios;
 - d. Habilidade para avaliação em saúde avançada, habilidade para tomada de decisão e habilidade de raciocínio diagnóstico;
 - e. Competências clínicas avançadas reconhecidas;
 - f. Prestação de serviços de consultoria para profissionais de saúde;
 - g. Planeia, implementa e avalia programas;
 - h. Reconhecido como primeiro ponto de contacto para clientes;
 - i. Mecanismos de regulação - normas específicas do país sustentam a sua prática profissional;
 - j. Direito a diagnosticar;
 - k. Autoridade para prescrever medicamentos;
 - l. Autoridade para prescrever tratamentos;
 - m. Autoridade para reencaminhar utentes para outros profissionais;
 - n. Autoridade para admitir utentes no hospital;
 - o. Legislação para atribuir e proteger o título de enfermeiro de prática avançada;
 - p. Legislação ou alguma outra forma de mecanismo regulador específico para enfermeiros de prática avançada;

q. Título de enfermeiro de prática avançada reconhecido oficialmente.

Segundo a rede internacional de enfermagem de prática avançada (*International Nurse Practitioner/ Advanced Practice Nursing Network*)^{XXVII} do CIE, as funções características da prática avançada em enfermagem estão a expandir-se globalmente. O CIE define um Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) como um enfermeiro registado (EnR^{XXVIII}) que tenha adquirido conhecimento especializado, aptidões para tomadas de decisão complexas e competências para uma prática clínica ampliada. Da mesma forma, a *American Nurses Association* (Associação de Enfermeiros Norte-Americanos) define o EPA como um EnR que tenha adquirido formação e conhecimentos avançados.

Um estudo recente realizado pela rede^{XXIX} identificou que entre 18 países existem 14 títulos diferentes para o papel de EPA. A maioria (75%) reconheciam formalmente o papel dos EPA, 58% tinham programas formais de formação em prática avançada e 52% tinham requisitos de registo, demonstrando o reconhecimento crescente dos EPA com um papel oficial no âmbito da prática de enfermagem. Nos EUA é necessário um mestrado em enfermagem para a prática avançada em enfermagem e muitos Estados exigem certificação na área de especialidade.

Mais recentemente, têm sido feitas recomendações para que os doutoramentos em enfermagem sejam desenhados com enfoque no papel dos EPA, sustentando assim os doutoramentos em clínica de enfermagem (DCE).

Segundo este estudo, existe uma variedade de termos para distinguir os papéis dos EPA, desde o EnR que recolhe a história clínica e realiza os exames físicos, procede à gestão de doenças comuns e que se centra na promoção da saúde; ao enfermeiro especialista clínico, que tem funções de formação e desenvolve iniciativas de melhoria da qualidade, bem como presta cuidados diretos aos utentes; à enfermeira anestesista certificada, que gere a anestesia pré, intra e pós-operatória; e a parteira certificada, que presta os cuidados de natureza ginecológica e obstétrica. Além destas quatro funções que existem nos EUA ainda temos outros termos como especialista clínico, enfermeiro terapeuta, profissional de nível superior e enfermeiro consultor. Porém, existem aspetos comuns ao papel dos

^{XXVII} <http://international.aanp.org/pdf/ICNNPAPNNetworkUpdateOfUSAandAPN.pdf>, consultado a 3.2.14

^{XXVIII} No caso de Portugal esta referência ao “registado” é irrelevante por só existir um nível de enfermagem no País, ainda que passível da atribuição de dois títulos distintos mas cumulativos, e ser necessária a inscrição na respetiva entidade reguladora profissional para efeitos de exercício profissional. No entanto, na maioria dos países, e tal como se depreende pela tabela 5, esta distinção torna-se necessária.

^{XXIX} <https://international.aanp.org/Research/Reports>, consultado a 10.2.14

EPA, nomeadamente a autonomia na prática, a autoridade para prescrever tratamentos e medicamentos, realizar consultas e encaminhamentos, assim como planear, implementar e avaliar programas. No âmbito deste trabalho torna-se especialmente relevante a questão da prescrição, pois não só se constitui como parte do objeto de estudo do mesmo como serve de ponto de partida à reflexão sobre as mudanças que são necessárias operar para também em Portugal passarmos a ter, formalmente, Enfermeiros de Prática Avançada.

Façamos agora uma comparação entre as competências de prática clínica e as de desenvolvimento profissional preconizadas para os EPA (CIE, 2002) e as existentes atualmente no enquadramento legal português para os EER^{xxx}.

Tabela 7 – Comparação entre as competências de um EPA e de um EER

Competências de prática clínica	
EPA	EER (unidades de competência)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza práticas de carácter avançado ao nível da avaliação, do diagnóstico, do planeamento do tratamento e da implementação do mesmo. 2. Aplica e adapta as suas habilidades avançadas em ambientes complexos e / ou instáveis. 3. Aplica um raciocínio clínico avançado na tomada de decisão para informar, orientar e ensinar na sua prática clínica. 4. Documenta a avaliação, o diagnóstico e a gestão do tratamento além de monitorizar o tratamento e os cuidados de acompanhamento, sempre em parceria com o utente. 5. Prescreve e realiza tratamentos de acordo com o escopo autorizado de prática, diretrizes e / ou protocolos. 6. Usa competências de comunicação ao nível do aconselhamento e advocacia, sustentada nas suas habilidades interpessoais para iniciar, desenvolver e interromper relações terapêuticas. 7. Refere e aceita referências de outros profissionais de saúde para manter a continuidade dos cuidados. 8. Exerce de forma independente na medida da autorização legal e do quadro regulamentar, sempre no interesse dos utentes, famílias e comunidades. 9. Consulta e é consultado por outros profissionais de saúde. 10. Trabalha em colaboração com os membros da equipa de saúde no interesse do utente. 11. Desenvolve uma prática baseada em evidências científicas atuais e incorporadas na gestão da saúde dos utentes, famílias e comunidades. 	<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada. 2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas. 3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade. 4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. 5. Promove a proteção dos direitos humanos. 6. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. 7. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. 8. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. 9. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. 10. Gere efetivamente os cuidados prestados. 11. Otimiza o processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão e em equipa multidisciplinar. 12. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade. 13. Atua atempadamente para criar e manter uma adequada gestão de cuidados.

^{xxx} O que implica referência cruzada entre o Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – e o Regulamento n.º 125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

<p>12. Introduce testes, avalia e gere a prática baseada na evidência.</p> <p>13. Utiliza a pesquisa para produzir evidência e para melhorar a segurança, a eficiência e a eficácia dos cuidados.</p> <p>14. Tem uma prática ética em todos os aspetos da sua responsabilidade.</p> <p>15. Aceita assumir a responsabilidade pelos seus próprios juízos profissionais avançados, ações e desenvolvimento contínuo de competências.</p> <p>16. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro através do uso de estratégias de gestão dos riscos e melhoria da qualidade.</p> <p>17. Assume responsabilidades de liderança e gestão na prestação de cuidados avançados de enfermagem num sistema de saúde em mudança.</p> <p>18. Atua como defensor do utente no sistema de saúde e no desenvolvimento de políticas de saúde que promovam e protejam o utente individualmente, familiarmente e comunitariamente.</p> <p>19. Adapta a sua prática ao contexto e meio cultural.</p>	<p>14. Adapta o estilo de liderança e aborda situações específicas da sua área de especialidade.</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:</p> <p>15. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p>16. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.</p> <p>17. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>18. Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p>19. Elabora e implementa programa de treino das AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>20. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>21. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.</p> <p>22. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>
Competências de desenvolvimento profissional	
EPA	EER
<p>20. Realiza uma revisão regular da sua própria prática através da revisão por pares e outros mecanismos.</p> <p>21. Contribui para o desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática, mantendo-se a par dos avanços científicos e tecnológicos em enfermagem.</p> <p>22. Avalia os resultados em saúde da prática avançada de forma a contribuir para a modelação dos cuidados de saúde e da prática da enfermagem.</p> <p>23. Participa na definição de políticas locais e nacionais, em concertação com as organizações profissionais, de forma a influenciar no sentido de cuidados de saúde equitativos e pela manutenção do papel de EPA.</p> <p>24. Assume a liderança entre pares na formulação e implementação de políticas, normas e procedimentos para a prática avançada no ambiente de trabalho.</p> <p>25. Está profissionalmente envolvido na promoção do papel de EPA através do refinamento de critérios de competência mensuráveis e do contributo para a melhoria dos cuidados de saúde.</p>	<p>23. Detém uma elevada consciência de Si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>24. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.</p> <p>25. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.</p> <p>26. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p> <p>27. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>

Podemos observar, através de uma análise comparada das duas colunas da tabela 7 que existe uma elevada sobreposição entre competências preconizadas para os EPA e para os EER (Tabela 8).

Tabela 8 – Emparelhamento dos domínios de competência de um EER e de um EPA

Domínios de competência do EER	Domínios de competência do EPA
1	2
2	2
3	2, 3, 17, 24
4	2, 22
6	3, 10, 17, 18
7	3, 11
8	2, 11
9	11, 13, 16, 19
10	1, 12
11	3, 9, 10
12	2, 3
13	1
14	2, 17
15	1
16	1, 5 (exceto na parte da prescrição)
17	1, 5
18	1, 5, 22
19	1, 5
21	1, 5
22	1, 5, 22
23	6, 15
24	6
25	3
26	11, 12, 20, 21
27	17, 21, 24

Nota: os algarismos em cada domínio correspondem à numeração efetuada na tabela 7

3.2. A prescrição por enfermeiros na União Europeia e no Mundo

Nos últimos dez anos assistiu-se a um aumento no número de países nos quais a prescrição por enfermeiros foi implementada ou está na agenda política. Ainda que as três monografias do CIE sobre o assunto não possam afirmar-se como apresentando uma revisão detalhada da prescrição pelos enfermeiros a nível mundial, é um facto que o número de países identificados como exemplos tem aumentado – de seis na de 1999, para 10 em 2004 e 16 em 2013 – sendo este um bom indicativo da sua importância crescente.

A questão central não é se “*Os enfermeiros podem prescrever?*” em cada país, mas sim “*Até que ponto está estabelecida a prescrição pelos enfermeiros?*”. O nível, extensão, âmbito e expressão da prescrição variam entre países, em termos de:

- Nível de autoridade de prescrição: identificam-se quatro categorias de prescrição, de acordo com o grau de independência de prescrição – prescrição independente, prescrição dependente/suplementar, protocolos de grupo e protocolos específicos para o doente.
- A extensão em termos de quem tem autorização para prescrever: o tipo de enfermeiro elegível para prescrever e o tipo de utentes alvo desta prescrição podem definir até que ponto a prescrição pelos enfermeiros está disseminada a nível nacional.
- Situações em que os enfermeiros podem prescrever: a prescrição pode limitar-se a quadros clínicos específicos ou a especialidades concretas.
- Variação regional / local: sobretudo em países federados, nos quais a legislação varia ao nível do Estado / província.
- Leque de medicação: variação em termos daquilo que pode ser prescrito, desde formulários limitados até um formulário completo. Em muitos casos, o leque de medicamentos e produtos que podem ser prescritos é revisto periodicamente, à medida que se reconhece o impacto das restrições (CIE, 2013).

Os estudos de caso por país sugerem que a forma como a prescrição pelos enfermeiros se desenvolveu em termos do impulso e do contexto modela muitos aspetos da abordagem seguida, influenciando também a extensão da infraestrutura que é montada para apoiar os prescritores.

Em primeiro lugar, há que considerar o ímpeto subjacente que levou à implementação da prescrição pelos enfermeiros. Sem imperativos claros para a prescrição esta falhará, mesmo que estejam implementados outros elementos da construção, como a vontade política, disponibilidade dos enfermeiros, preparação ao nível do ensino, legislação e regulação^{XXXI}. As dificuldades de prestação de cuidados de saúde nas comunidades rurais remotas com acesso limitado a serviços médicos têm sido o impulsionador inicial mais comum para considerar a prescrição pelos enfermeiros. Estas situações criam uma procura de estratégias alternativas para a prestação de cuidados que incluem a prescrição por enfermeiros – seja pelo desenvolvimento de papéis que já detêm (como os enfermeiros distritais ou comunitários), seja através da aquisição de competências adicionais para efetuar a prescrição ou pelo surgimento de novos papéis avançados (como os enfermeiros NP – “*nurse practitioners*”) nos quais a prescrição já se encontra incorporada nos respetivos programas formativos.

O ímpeto para a prescrição pelos enfermeiros também varia de acordo com a especialidade clínica. Por exemplo, um inquérito internacional aplicado aos enfermeiros de saúde mental registou que em 14% dos países (n = 172), os enfermeiros podem prescrever medicamentos psicotrópicos (WHO/ICN, 2007; cit. por CIE, 2013). Os enfermeiros em países africanos de baixos rendimentos têm maior probabilidade de poder prescrever do que os dos países de elevados rendimentos ou dos países europeus (33% em comparação com 6%). A autoridade restringida de prescrição pelos enfermeiros foi uma questão preocupante em muitos países e foi encarada por alguns como um reflexo da subvalorização dos enfermeiros nesses papéis.

Em alguns casos, apesar do interesse da profissão de enfermagem no desenvolvimento de papéis de prática avançada que incluíssem a prescrição, esse desenvolvimento não aconteceu. Por exemplo, em muitos países da América Latina há mais médicos do que enfermeiros, e muitos não se especializam, tornando-se prestadores de cuidados de saúde primários de primeira linha. Daí que não haja a mesma procura/oportunidade clara para a prescrição pelos enfermeiros. Da mesma forma, em Hong Kong, ainda que em princípio alguns enfermeiros tenham algum grau de autoridade de prescrição, na prática a oportunidade para prescrever é dada a muito poucos – sendo uma área densamente

^{XXXI} Aspectos abordados no nosso questionário.

povoada que está bem servida por hospitais, o acesso a médicos prescritores aparentemente não constitui um problema.

Ainda que a procura de autoridade legislativa para a prescrição seja frequentemente o ponto de partida para os países de elevados rendimentos, em muitos dos países de baixos recursos verifica-se o oposto. A necessidade crescente de aumentar o acesso à medicação para lidar com os enormes desafios de saúde colocados por doenças como a malária e o VIH, levou a que os enfermeiros prescrevessem e administrassem medicamentos, mas sem o desenvolvimento de sistemas educativos e regulamentares que apoiassem a prescrição pelos enfermeiros (CIE, 2013). Aqui, a “*necessidade*” é o fator primordial que resulta na prescrição pelos enfermeiros na prática, independentemente da ausência de infraestruturas de apoio, formação ou legislação. A procura da prescrição pelos enfermeiros é qualitativamente diferente nesses contextos e está dependente da necessidade humana imediata e urgente.

Em vários países (como os EUA e a Nova Zelândia), a prescrição pelos enfermeiros está inexoravelmente relacionada com a enfermagem de prática avançada e com o papel do enfermeiro NP. De um ponto de vista teórico, a prescrição está integrada na preparação educativa dos enfermeiros NP e, de um ponto de vista prático, muitos papéis avançados requerem a prescrição para cumprir o seu potencial. Mas, na realidade, ainda que relacionar a prescrição pelos enfermeiros especificamente com o papel do enfermeiro NP proporcione um sistema claro para a preparação no ensino e a para a regulação, a experiência de alguns países sugere que esta necessita de ser emparelhada com uma política de serviços de saúde clara e conduzida a nível nacional, com o apoio dos médicos e restante equipa de saúde, para ficar bem estabelecida (CIE, 2013).

A forma como a prescrição pelos enfermeiros evolui e é incorporada é determinada pelo facto dos enfermeiros terem ou não o direito legal à prescrição. Por exemplo, na Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Suécia, ainda que o direito à prescrição pelos enfermeiros tenha sido estabelecido, pode-se afirmar que há muitos poucos enfermeiros prescritores e estes prescrevem relativamente pouco. Os estudos de caso apontam para vários fatores que influenciam a extensão em que a prescrição está implementada (CIE, 2013):

- O tempo que leva a desenvolver a regulamentação / formação necessária e a preparar o conjunto de enfermeiros elegíveis para prescrever; sobretudo se a prescrição estiver restringida a enfermeiros NP com preparação ao nível do

mestrado. Na Nova Zelândia, por exemplo, o regulador realiza um processo rigoroso de revisão do portfólio de cada enfermeiro NP. Uma abordagem intensiva deste tipo poderá limitar o número de candidatos que pode ser incluído no processo.

- Questões de recursos: por exemplo, na Austrália, ao nível da comparticipação os doentes pagam o custo total dos medicamentos prescritos pelos enfermeiros. Desta forma, há desincentivos à prescrição por estes^{XXXII}.
- Interpretação / variação ao nível do Estado / região: em algumas partes da Austrália, a título exemplificativo, a prescrição ainda está fortemente dependente da aprovação médica. Há um reconhecimento crescente da necessidade de políticas / iniciativas nacionais claras para ajudar a estabelecer melhor a prescrição pelos enfermeiros, sobretudo em países com estados federais como a Austrália e o Canadá.
- Vontade nacional / política: sem políticas e linhas de orientação nacionais fortes, a resistência de outras partes interessadas, como por exemplo as associações de médicos ou os empregadores locais, pode impedir a implementação. Portanto, mesmo quando há um imperativo claro para a prescrição pelos enfermeiros e o ensino está calibrado para esse efeito, a oposição de outras profissões impede a mudança legislativa (por ex., Jamaica)^{XXXIII}.
- Formulários limitados: no caso da Suécia, muitos dos medicamentos do formulário estão disponíveis sem receita médica, portanto a prescrição pelos enfermeiros oferece uma vantagem adicional muito limitada^{XXXIV}.
- Falta de avaliação / investigação: fora do Reino Unido e dos EUA tem-se realizado relativamente pouca avaliação. Uma revisão dos efeitos da prescrição pelos enfermeiros identificou 23 estudos, mas, à exceção de dois, todos estão descritos como tendo elevado risco de enviesamento (Van Ruth et al, 2008; cit. por CIE, 2013).

Posto isto, poder-se-á afirmar que as diferenças entre os países refletem as diferenças nos sistemas de cuidados de saúde, a distribuição da população pelo país e a posição da enfermagem nesse sistema. Os elementos-chave identificados (Buchan & Calman, 2004;

^{XXXII} Questão abordada no nosso questionário.

^{XXXIII} Questão abordada no nosso questionário.

^{XXXIV} Questão abordada no nosso questionário.

cit. por CIE, 2013) como sendo importantes no processo de conseguir a prescrição pelos enfermeiros podem resumir-se a:

- Uma necessidade clara: é necessário ter argumentos adequados para a introdução da prescrição pelos enfermeiros. Na maioria dos casos, os fatores impulsionadores para a prescrição pelos enfermeiros relacionam-se com a melhoria do serviço prestado aos doentes, a relação de custo-efetividade e as melhorias profissionais.
- Legislação / regulação para apoiar a prática: o processo legislativo é normalmente demorado, com muitas fases a atravessar para ser bem-sucedido. Os enfermeiros precisam de aliar a influência política adequada com a perícia legal para conseguir o impacto legislativo desejado.
- Influência política / influência no processo de tomada de decisão: as organizações profissionais nos países que tiveram sucesso na obtenção de poderes de prescrição para os enfermeiros foram muito ativas no sentido de assegurar o apoio político e na persuasão dos organismos legislativos para apoiar a prescrição pelos enfermeiros. Nos casos em que houve oposição por parte de outras organizações profissionais, em particular da profissão médica, esta foi enfrentada mais eficazmente através de um envolvimento precoce no processo.
- Evidência de custo-efetividade: há uma evidência limitada de avaliação, mas a maior parte do que foi publicado dá suporte à prescrição pelos enfermeiros, sobretudo com o fundamento de que melhora o acesso dos utentes e a qualidade dos cuidados, podendo ser custo-efetiva.

No anexo 1 poder-se-á encontrar informação mais detalhada sobre o estado da prescrição por enfermeiros em diferentes países.

3.2.1. A perspetiva do Conselho Internacional de Enfermeiros

Segundo o CIE (2013) “*prescrição pelos enfermeiros*” é um termo que pode ser utilizado para descrever mais do que um tipo de prática em diferentes países. É importante que estes termos sejam definidos claramente, uma vez que as práticas incluídas na “prescrição pelos enfermeiros” podem variar.

A prescrição em si foi definida como: “*o ato de determinar qual a medicação que o doente deve tomar, bem como a posologia correta e a duração do tratamento*” (Last et

al. 2001, cit. por CIE, 2013, pág. 8). Como tal, é claramente distinta da dispensa de medicação (que em muitos países é tradicionalmente efetuada pelos farmacêuticos) ou pela administração da mesma aos doentes.

Esta é a definição adotada pelo CIE (2013) e que, como poderemos constatar no subcapítulo referente à perspetiva da Ordem dos Enfermeiros, é limitativa para a abordagem da problemática em Portugal na medida em que se centra apenas num tipo de prescrição, deixando logo à partida de fora os MCDT, tratamentos, ajudas técnicas e cuidados de enfermagem. Porém, como se poderá ler nas explicações conceptuais do CIE, a utilização autónoma de MCDT já está prevista no processo de cuidados conducente à prescrição autónoma de medicação.

Em seguida, descrevem-se quatro modelos através dos quais os enfermeiros podem estar envolvidos na prescrição, na ótica do CIE (2013, págs. 8 e 9).

1. Prescrição inicial/independente/autónoma/de substituição:

O profissional de saúde responsável pela prescrição irá assumir a inteira responsabilidade pela avaliação de um cliente, fazendo geralmente um diagnóstico diferencial. Um diagnóstico diferencial é efetuado por um profissional de saúde que faz o diagnóstico a partir de um leque de possibilidades sugeridas pelos sinais e sintomas. O profissional de saúde irá determinar a adequabilidade de uma medicação, tratamento ou aplicação e irá emitir a prescrição. Em muitos países, esta categoria de prescriptor está limitada aos médicos, dentistas e veterinários, mas os enfermeiros de alguns países já possuem direitos de prescrição independente. Os enfermeiros que prescrevem de forma independente podem fazê-lo a partir de um formulário limitado (um número limitado e definido de fármacos, como na Suécia) ou de um formulário aberto (como por exemplo, em muitos Estados dos Estados Unidos da América).

2. Prescrição dependente/colaborativa/semiautónoma/complementar/suplementar:

Um enfermeiro ou outro profissional de saúde pode prescrever na qualidade de prescriptor "*dependente*", em colaboração com um prescriptor independente, geralmente um médico, mas não necessita de haver uma supervisão direta por parte do profissional de saúde independente. O prescriptor dependente pode prescrever a partir de um formulário aberto ou limitado e irá colaborar com, ou consultar, o prescriptor independente. Em alguns casos, este envolvimento tem a forma de um plano de gestão clínica produzido em conjunto, que inclui uma lista de fármacos que podem ser prescritos para um doente específico.

O prescritor dependente geralmente não é responsável pela avaliação do cliente nem por fazer o diagnóstico. Ainda que em alguns países esta abordagem possa ser considerada como sendo útil para a emissão de prescrições adicionais após a prescrição inicial ter sido emitida pelo prescritor independente, em outros países vai para além disto. O prescritor dependente também poderá ter a autoridade para redigir prescrições iniciais (de acordo com um plano específico para o doente) e de alterar alguns aspetos da prescrição, como por exemplo a dose ou a frequência. Em alguns Estados dos EUA, os enfermeiros podem prescrever medicação, estando sujeitos à assinatura da prescrição por parte de um médico. A legislação para permitir a prescrição suplementar foi introduzida no Reino Unido em 2002 (Cassidy, 2002; cit. por CIE, 2013).

3. Protocolos de grupo / diretivas de grupos de doentes / pedidos regulares:

Um protocolo de grupo define-se como:

“uma instrução específica, por escrito, para a dispensa e administração dos medicamentos indicados numa situação clínica identificada. É redigida localmente por médicos, farmacêuticos e outros profissionais apropriados e é aprovada pelos empregadores, que são aconselhados pelas comissões consultivas profissionais relevantes. Aplica-se a grupos de doentes ou a outros utilizadores de serviços que poderão não estar identificados individualmente antes da apresentação para o tratamento.”

(Cresswell, 1998; cit. por CIE, 2013, pág. 9)

Este protocolo é um registo por escrito que identifica em detalhe quais os medicamentos que podem ser administrados em determinada situação. Antes das alterações legislativas em cada país, os protocolos de grupo (conhecidos como instruções para grupos de doentes no Reino Unido desde 2000) foram largamente utilizadas no Reino Unido, na Austrália e na Nova Zelândia (CIE, 2013).

Os protocolos tendem a ser redigidos para grupos de doentes e não para doentes individuais, e são geralmente concebidos localmente, o que pode levar a variações e a discrepâncias na prática dentro do mesmo país. O uso de protocolos de grupo não deve ser considerado como prescrição independente – estes protocolos apenas permitem aos enfermeiros ou outros profissionais de saúde administrar e/ou dispensar medicamentos nos termos de um protocolo pré-determinado. Em muitos países, a administração e dispensa de medicamentos pelos enfermeiros através de protocolos de grupo foi um passo

intermédio antes de conceder aos enfermeiros uma maior autoridade de prescrição independente.

4. Protocolos específicos para o doente:

Os protocolos específicos para o doente (ou instruções específicas para o doente, como são conhecidos no Reino Unido) foram largamente utilizados no Reino Unido por parte dos enfermeiros psiquiátricos comunitários, enfermeiros especialistas em diabetes e enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos. Tipicamente, um protocolo específico para o doente consiste num pedido de medicamento redigido por um médico (por ex., nas notas do doente ou registo semelhante), que fornece todos os detalhes de prescrição (como, por exemplo, a dose), mas não pode ser alterado pelo enfermeiro. Isto, uma vez mais, não é claramente prescrição pelos enfermeiros em si, mas sim administração sob a autoridade e prescrição de um médico.

3.2.2. A perspetiva da Ordem dos Enfermeiros

Em 2011, no âmbito do III Congresso da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho de Enfermagem (CE) realizou uma apresentação da qual importa, para a matéria em apreço no presente trabalho, reter alguns aspetos.

Começa o CE (2011) por definir prescrição de enfermagem “*como o conjunto de medidas escolhidas pelo enfermeiro, que dirige a sua intervenção, de forma individualizada e contínua, objetivando a proteção, promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde de um cliente ou grupo ou o acompanhamento do processo de morrer*”. Afirmando que “*aos enfermeiros está atribuída a autoridade para prescrever*” importa esclarecer o “*quê*” (objeto da autoridade de prescrição), ressaltando que “*prescrição não é uma palavra única para dizer prescrição farmacológica ou terapêutica*” na medida em que “*não é apenas disso que se trata, sendo que a tentação, a publicidade e o marketing nos induzem a pensar prescrição apenas nesta perspetiva, da terapêutica*”. A organização do presente trabalho acompanha este raciocínio, o que ficou plasmado no capítulo dedicado à legislação nacional e na própria organização do questionário aplicado.

O CE propôs uma classificação teórica das prescrições partindo do processo de enfermagem (avaliação diagnóstica, planeamento e prescrição) e do pressuposto que o objetivo das intervenções dos enfermeiros é ajudar as pessoas a gerirem os seus processos

de saúde. Assim, concebendo a prescrição de enfermagem como o ato de determinar, fundamentadamente, uma orientação para o cuidado, o tratamento ou a avaliação (diagnóstica ou final), entenderam que se distinguem:

1. Prescrição de cuidados, apresentados ao cliente numa relação de parceria e promovendo a sua adesão ao projeto proposto; incluída na etapa de planeamento, tendo como base os diagnósticos de enfermagem e um conjunto de resultados esperados, acordados entre o enfermeiro e a pessoa / grupo.
2. Prescrição de exames complementares, enquanto ato de determinar que exames a pessoa tem de realizar, quer no sentido de proporcionar elementos para a avaliação diagnóstica ou a avaliação das intervenções de enfermagem. Poderiam constituir exemplos a prescrição de RX tórax após a realização de cinesiterapia respiratória ou a realização de cardiocardiografia na gravidez. Este tipo de intervenções de enfermagem associam-se normalmente ao campo de intervenção do enfermeiro especialista.
3. Prescrição de dispositivos, que visa determinar, atendendo à situação concreta da pessoa, que dispositivos médicos são adequados, entendendo-se um “*Dispositivo médico como qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos (...) cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos*” (artigo 3º do Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho).
4. Prescrição de meios de apoio ou ajudas técnicas, onde constituem exemplos a escolha da placa e material de ostomia e do material de apoio à reabilitação.
5. Prescrição de terapêutica farmacológica em situação de emergência, e aqui não é o prescritor que está em causa mas a situação – se é ou não é de urgência.
6. Prescrição de tratamentos envolvendo terapêutica farmacológica como é o caso da realização de pensos, das placas e materiais de estoma, entre outros.
7. Decisão de implementação de protocolo ou plano, sendo que este existe de forma *standard*, como é o caso do Plano de Vacinação, nacionalmente assumido. Um protocolo é uma prescrição diferida no tempo, para o qual concorre a decisão de enfermagem relativa à sua execução num dado caso concreto, e está prevista no REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º

104/98, de 21 de Abril), em relação aos protocolos ou aos planos previamente formulados. Aqui, fazem uma proposta de subdivisão entre protocolos *standard* para determinada situação, como os protocolos terapêuticos existentes para traumatizados vertebro-medulares, e os protocolos específicos para uma pessoa, como é o caso da prescrição de terapêutica em SOS.

Considerou o CE que destes sete tipos diferentes de objetos da autoridade prescritiva, três fazem parte do quotidiano dos enfermeiros: prescrição de cuidados, prescrição de terapêutica farmacológica em situação de emergência (ou “*com vista à recuperação e manutenção das funções vitais*”) e a decisão de implementação de protocolo ou plano. Quanto às outras, era da opinião que careciam de aprofundamento em articulação com a operacionalização das competências dos enfermeiros especialistas, nomeadamente: a prescrição de exames complementares, ao serviço da avaliação da intervenção de enfermagem; a prescrição de dispositivos; a prescrição de meios de apoio; e a prescrição de tratamentos envolvendo terapêutica farmacológica. É, também, na senda do aprofundamento desta reflexão que surge o presente trabalho, embora estabeleçamos desde já uma opção metodológica divergente da adotada pelo CE para esta sua reflexão. Enquanto que este se situou no plano do “*objeto da prescrição*”, ou seja, aquilo que é prescrito, a nossa opção recaiu sobre o “*alvo da prescrição*”, ou seja, a quem se dirige. É nossa posição que a prescrição, além de servir a concretização de um plano terapêutico, implica sempre um alvo, seja este o utente, outros profissionais de saúde ou outros enfermeiros. Cremos que a análise deste fenómeno sai reforçada usando estas duas variáveis: “*objeto*” e “*alvo*”; pois, em última instância, procuramos fundamentar as razões da existência da própria autoridade prescritora. Foi esta abordagem que esteve subjacente às nossas opções metodológicas para este trabalho, nomeadamente ao nível da elaboração do questionário, e que está patente nas diferentes possibilidades de prescrição que constam do mesmo, aliás, bastante alinhadas com a perspetiva do CIE (2013).

Ainda sobre a questão dos protocolos há uma abordagem que o CE faz e que destacamos aqui, pois relaciona-se quer com o reconhecimento formal quer com a eventual expansão da autoridade clínica dos enfermeiros especialistas. Avança o mesmo que em situações como a continuidade de prescrição em situação de doença crónica, de evolução prolongada ou terapêutica paliativa, poderiam haver protocolos nacionais que incluíssem o que é preciso fazer e os meios para o avaliar. Ou seja, que incluíssem os meios de avaliação diagnóstica e de terapêutica, como seja o caso de administração de

estabilizadores do humor ou de neurolépticos, que carecem de doseamento analítico regular, ou as situações de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 que requerem a avaliação da hemoglobina glicosilada. Tais protocolos obviariam passos redundantes, no nosso entender, dos atuais processos de organização da prestação de cuidados, permitindo aumentar a tão propalada eficiência dos mesmos.

4. Enquadramento metodológico

4.1. Metodologia

Para a definição de metodologia de investigação recorreu-se aos contributos de Quivy e Campenhoudt (2005), Albarello et al., (2005), Bardin (2006) e Ribeiro (2010). Para o tratamento estatístico recorremos aos contributos de Gageiro & Pestana (2003), Morais (2005), Maroco & Garcia-Marques (2006) e Nunes (2013). Utilizou-se o programa estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) para o tratamento dos dados e funcionalidades do Excel®.

Metodologicamente seguimos a seguinte abordagem:

- Objetivos do estudo:
 - Identificar os obstáculos e as alavancas/mais-valias que os enfermeiros especialistas em reabilitação (EER) associam à formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal;
 - Avaliar as necessidades de formação identificadas pelos EER para se sentirem aptos a prescrever e quais os conhecimentos que já consideram deter;
 - Analisar e identificar se os EER já prescrevem informalmente, ou sejam, se já decidem sobre tratamentos, medicamentosos ou não, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico.
- A leitura (escolha e organização de leituras): considerando a natureza da problemática em apreço (prescrição por enfermeiros), e a inexistência formal (seja por via administrativa, seja por via da praxis consolidada) da realidade em Portugal, optou-se por fazer uma pesquisa alargada na base de dados EBSCO com os termos “nurse prescribing ” no abstract, selecionando apenas os artigos que apresentassem texto completo e publicados entre 2000 e 2013. Apareceram 271 artigos. Fez-se semelhante pesquisa na Scielo, com a expressão “Prescripcion enfermera” no abstract, selecionando apenas os textos completos escritos entre 2000 e 2013. O resultado foram 56 artigos. De todos os artigos, selecionaram-se para análise 163 (anexo 2), por se considerar que constituíam uma boa base para enquadrar a problemática e orientar o seu estudo. Estas pesquisas decorreram entre os dias 7 e 17 de Outubro de 2013. Cumulativamente leu-se a mais recente

monografia do Conselho Internacional de Enfermeiros sobre prescrição por enfermeiros^{XXXV} e o documento da OMS *Nurses in Advanced Roles: a review of relevance for Portugal* (2013). Dos 163 artigos selecionados constatou-se que a maioria consistia na descrição de realidades muito concretas, e por isso dificilmente extrapoláveis, de locais onde se efetivou a introdução da prescrição por enfermeiros, ao passo que a monografia do CIE e o documento da OMS forneciam um suporte suficientemente amplo e robusto para serem escolhidos como os documentos orientadores do presente trabalho, face aos objetivos do mesmo.

- As entrevistas exploratórias: estas entrevistas foram, como estabelecem, exploratórias, e procuraram averiguar a natureza da questão da prescrição nos países onde esta ocorre. Elas deram-se com representantes da Enfermagem de Espanha, Irlanda e Nova Zelândia. Permitiram esquematizar o conceito de prescrição em cada um destes países assim como perceber a evolução do fenómeno nos mesmos.
- Métodos exploratórios complementares: a participação no projeto ENS4CARE^{XXXVI} da União Europeia e coordenado pela Federação Europeia de Enfermeiros constituiu-se como uma oportunidade para aprofundar os conhecimentos nesta área, sendo que um dos eixos trabalhado pelo projeto foi a prática avançada em enfermagem e a prescrição por enfermeiros.
- A construção dos conceitos: os conceitos a desenvolver para o presente trabalho foram o de “*prescrição por enfermeiros*” e “*prática avançada*” no âmbito da enfermagem portuguesa, dado que nos países de tradição anglo-saxónica os mesmos se encontram definidos para cada um dos países e, dentro destes, com ajustamentos em função do Estado em questão. A construção dos conceitos operou-se através da análise comparada entre as definições e enquadramentos de outros países e aquilo que são os referenciais em vigor em Portugal para a enfermagem e para a prática especializada de enfermagem de reabilitação.
- A construção das hipóteses: as hipóteses testadas relacionam-se com a confirmação ou refutação daquilo que foi identificado na experiência internacional como sendo facilitador ou dificultador da implementação da

^{XXXV} ICN (2013) Tendências e questões da Enfermagem: Implementação da prescrição pelos enfermeiros.

^{XXXVI} <http://www.ens4care.eu/>

prescrição por enfermeiros (ou seu reconhecimento formal), assim como do ajustamento ou desajustamento do enquadramento legal português, da profissão e não só, para acomodar a estruturação conceptual que possibilitou a prescrição nos países onde ela é realizada. As hipóteses levantadas foram:

- Obstáculos:
 - H1 – Os obstáculos que os EER identificam para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal são sobreponíveis aos identificados em outros estudos sobre o fenómeno.
 - H2 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a perceção dos obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros.
 - H3 – O local de trabalho influencia a perceção que se tem dos obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros.
- Alavancas/mais-valias:
 - H4 – As alavancas / mais-valias que os EER identificam para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal são sobreponíveis aos identificados em outros estudos sobre o fenómeno.
 - H5 – O local de trabalho influencia a perceção que se tem das alavancas/mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros.
- Formação^{XXXVII}:
 - H6 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e as necessidades formativas percebidas.
 - H7 – Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos de forma independente.
 - H8 - Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade complementar.

^{XXXVII} As perguntas sobre necessidades formativas nas diferentes modalidades cingiram-se à prescrição de medicamentos, não se tendo feito igual análise para os meios complementares de diagnóstico, dispositivos clínicos, produtos de apoio e tratamentos, por inexistência de referências a estes focos de prescrição na bibliografia consultada, que determinou, por seu lado, a estruturação e conteúdo do questionário.

- H9 - Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade protocolada.
- Formalismo vs. informalismo da prescrição:
 - H10 – Os EER já prescrevem informalmente, ou sejam, já decidem sobre tratamentos, medicamentosos ou não, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico.
- Autoridade para prescrever:
 - H11 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a percepção de autonomia prescritora.
 - H12 – Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever cuidados especializados (i.e. exercícios físicos), aos utentes e aos enfermeiros de cuidados gerais, na lógica da continuidade dos cuidados.
 - H13 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever meios complementares de diagnóstico com vista à formulação de diagnósticos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.
 - H14 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever dispositivos clínicos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.
 - H15 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever produtos de apoio respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.
 - H16 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever terapêutica farmacológica no âmbito de focos compatíveis com o seu perfil de competências.
 - H17 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever tratamentos (i.e. realização de pensos, realização de imobilizações, realização de talas gessadas) respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

- H18 - Os EER consideram que é necessário elaborar normas de orientação clínica que associem focos de intervenção com as respetivas prescrições, de forma a legitimá-las.
- População: a população foram os enfermeiros especialistas em reabilitação inscritos na Ordem dos Enfermeiros à data da aplicação do questionário (N = 2683). Embora o fenómeno a estudar tenha sido a prescrição por enfermeiros, a bibliografia internacional mostra que esta é realizada por enfermeiros que possuem formação pós-graduada específica, o que em Portugal corresponderá aos enfermeiros especialistas. Por outro lado, dado que o objetivo do presente trabalho é fazer um primeiro estudo exploratório sobre esta realidade em Portugal, e daí procurar os focos suscetíveis de futuros desenvolvimentos, optou-se por seleccionar apenas os membros de uma das áreas de especialidade em vigor para a enfermagem portuguesa. O que vai ao encontro, aliás, do facto dos enfermeiros especialistas possuírem um ramo comum de competências além das clinicas específicas de cada área.
- A amostra: (n = 128) EER, correspondendo a 4,77% dos inscritos^{xxxviii} na OE à data da aplicação do questionário. A amostra é de conveniência na medida em que os elementos incluídos na mesma não obedeceram a probabilidades previamente especificadas ou conhecidas relativamente à população, em função do objeto do estudo. Tal opção deveu-se também ao facto de estarmos, como referido anteriormente, perante um trabalho de carácter exploratório assente num questionário por nós desenvolvido, prevendo-se a sua utilização em pesquisas posteriores.
- A elaboração dos instrumentos de recolha dos dados: o instrumento de recolha dos dados (anexo 4) foi um questionário estruturado com respostas fechadas e de aplicação *online*.
- A análise dos dados: para a análise dos dados recorreremos ao programa estatístico SPSS®.
- Procedimentos éticos: toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes (Martins, 2008, cit. por Nunes, 2013). Nesse sentido, a perspetiva ética deverá estar presente

^{xxxviii} Conforme dados consultados aqui

<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf> a 2.3.2014

em todas as etapas do processo de investigação, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, da escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados, da existência de resultados anteriores às regras de publicação e divulgação dos resultados. Entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo (Nunes, 2013). De forma a responder a estes critérios, tivemos as considerações éticas que constam da tabela 9 nas diferentes fases do presente trabalho.

Tabela 9 – Considerações éticas na metodologia adotada

Na formulação do problema	Considera-se que a definição do problema respeitou as finalidades a que a pesquisa se destinava, consistindo numa problemática abordável pelo estudo e sendo coerente com os propósitos que o orientaram.
Quanto aos participantes - população e amostra	Considera-se obtido o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, porquanto cada um dos inquiridos era livre de responder às questões colocadas online. Além disso, não era possível, por força das variáveis selecionadas, determinar quem eram os respondentes, pelo que também terá ficado garantido o anonimato e a confidencialidade das fontes.
Na colheita de dados	Na continuidade do ponto anterior, considerados os cuidados descritos, os dados foram colhidos de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes.
Na análise dos dados e conclusões	Considera-se que os dados foram tratados e analisados com rigor, de forma agregada e com suporte real e verdadeiro na colheita. É nosso entender que a análise dos mesmos se revestiu de isenção, tendo-se procedido à sua confrontação com o que outros autores produziram sobre a problemática em apreço.

4.2. Questionário

Para a construção do questionário recorreu-se à bibliografia consultada e em especial ao documento “*Tendências e questões da Enfermagem: Implementação da prescrição pelos enfermeiros*” (ICN, 2013), pela sistematização que faz das principais questões a explorar.

Partindo-se de uma análise do seu conteúdo, desenharam-se as categorias das perguntas. No anexo 5 encontram-se as referências do documento tidas em consideração para a construção e organização do questionário. Previamente à sua aplicação junto da nossa amostra, procedeu-se a um pré-teste junto de 8 EER, de forma a avaliar a clareza das questões e a adequação do questionário ao nosso objeto de estudo. Desse pré-teste emergiu a necessidade de clarificar a forma como algumas questões estavam redigidas e a própria organização do questionário, que se encontra no anexo 4.

4.3. Procedimento estatístico

Para o tratamento da informação recolhida recorreremos a diferentes testes estatísticos, que variaram conforme o tipo de dados disponíveis e a sua adequação à análise estatística das hipóteses de investigação.

Os procedimentos adotados foram:

- Avaliação da consistência interna das escalas referentes à avaliação dos obstáculos e das alavancas / mais-valias, através do *Alpha de Cronbach* para cada uma das dimensões e para cada escala (obstáculos e alavancas / mais-valias);
- Aplicação do teste de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) e teste de Esfericidade de Bartlett para estudo da adequação da análise de componentes principais em cada escala (obstáculos e alavancas / mais-valias);
- Aplicação do teste *t-Student* para avaliação das diferenças na perceção dos obstáculos organizacionais à prescrição entre enfermeiros especialistas a exercer como tal e a exercer como generalistas;
- Aplicação do coeficiente de contingência *V de Cramer* e coeficiente de correlação *Rho de Spearman* para avaliar:
 - Relação entre a perceção de obstáculos externos à profissão (médicos individualmente) para prescrever e a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista).
 - Relação entre a perceção de obstáculos organizacionais (ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar) para prescrever e a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista).

- Relação entre a percepção de obstáculos formativos e investigativos para prescrever (escassez de enfermeiros formadores em prescrição) e a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista).
- Relação entre a percepção de obstáculos legislativos / governamentais (ausência de jurisdição legal) para prescrever e a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista).
- Teste de diferenças *Kruskal-Wallis* para avaliar se o local de trabalho influencia significativamente a percepção de obstáculos e de alavancas / mais-valias;
- Teste de Qui-quadrado para avaliar a relação entre a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista) e as necessidades formativas;
- Teste de Qui-quadrado para avaliar a relação entre a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista) e a percepção de autonomia prescritora;
- Estatística descritiva das dimensões de cada questão e respetiva interpretação.

Adotando a perspetiva de Lucas (2007) e de Pestana e Gajeiro (2014), optou-se por recorrer à análise de componentes principais e à análise fatorial devido ao facto de estarmos perante um questionário por nós elaborado e cuja adequabilidade nos termos em que é proposto precisava de ser avaliada.

A análise fatorial (ou análise de fatores comuns) e a análise de componentes principais são técnicas estatísticas cujo objetivo é representar ou descrever um número de variáveis iniciais a partir de um menor número de variáveis hipotéticas (os fatores \ componentes principais). Isto é, permite identificar novas variáveis (os fatores \ componentes principais) em menor número que o conjunto inicial, mas sem perda significativa da informação contida neste.

O propósito geral destas técnicas é encontrar uma maneira de condensar (sumariar) a informação contida num conjunto de variáveis originais, num conjunto menor de variáveis perdendo o mínimo possível de informação. Tratam-se, portanto, de técnicas de redução de dados que investigam os inter-relacionamentos entre as variáveis e os descrevem, se possível, em termos de um menor número de variáveis chamadas fatores \ componentes principais.

Existem ainda testes estatísticos que devem ser considerados numa análise desta natureza e que servem para determinar se as variáveis estão significativamente correlacionadas entre elas, como por exemplo o teste de esfericidade de *Bartlett* e o KMO.

5. Análise e apresentação dos dados

Apresentam-se de seguida os resultados das respostas ao questionário organizados da seguinte forma:

- Perfil sociodemográfico
- Testes estatísticos
- Análise das respostas

5.1. Perfil sociodemográfico

O perfil encontrado na nossa amostra decorre dos dados constantes da tabela 10.

Tabela 10 – Caracterização da amostra

Caracterização da amostra	n	%
Género		
Masculino	53	41,4
Feminino	75	58,6
Total	128	100
Residência		
Rural	24	18,8
Urbano	104	81,3
Total	128	100
Local de trabalho		
Hospital	77	60,2
Cuidados de Saúde Primários	42	32,8
Ensino	5	3,9
Outro	4	3,1
Total	128	100
Categoria exercida no contexto de trabalho		
Especialista	80	62,5
Especialista a prestar cuidados gerais	48	37,5
Total	128	100
Grau académico		
Bacharel	7	5,3
Licenciado	81	63,3
Mestre	39	30,5
Doutor	1	0,8
Total	128	100
Tipo de atividade		
Por conta de outrem	124	96,9

Por conta própria	4	3,1
Total	128	100
Vínculo laboral		
Contracto a termo certo	11	8,6
Contracto a termo incerto	20	15,6
Contracto sem termo	80	62,5
Trabalho temporário	2	1,6
Prestação de serviços	2	1,6
Outro	13	10,2
Total	128	100

Em termos de residência, 81% vivem em áreas urbanas, sendo que, quanto ao local de trabalho, 60% trabalham em contexto hospitalar. No respeitante ao tipo de atividade exercida, praticamente 97% dos inquiridos trabalham por conta de outrem, sendo que 63% possuem um contrato de trabalho sem termo e 16% a termo incerto. A trabalhar de forma precária temos 12% dos participantes no estudo.

Relativamente ao tempo de exercício profissional só 105 (82%) dos inquiridos o referiram, com uma média de $18,36 \pm 7,8$ anos e um intervalo que oscilou entre o valor mínimo de 5 anos e o máximo de 35 anos.

Já no que respeita ao tempo de exercício na categoria de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação os valores são os seguintes:

$n = 128$; média = 5,54 anos; desvio padrão = 6,05 anos; mínimo = 1; máximo = 25

Podemos constatar que 62% dos participantes no estudo exercem na categoria profissional de enfermeiro especialista, enquanto 38% o fazem na categoria de enfermeiro de cuidados gerais, o que denota um desperdício de competências por parte das entidades empregadoras (97% trabalha por conta de outrem). Porém, há a ressaltar que na nova carreira de enfermagem, aprovada pelos Decretos-Lei 247/2009 de 22 de Setembro (regime legal da carreira de enfermagem) e 248/2009 de 22 de Setembro (regime da carreira especial de enfermagem) deixa de existir a figura de enfermeiro especialista, passando os titulares desse título profissional a serem elegíveis para a categoria de enfermeiro principal. Ainda assim, considerando a inaplicabilidade prática de ambas as carreiras até ao momento, o seu impacto na resposta a esta questão poderá ser diminuto, antecipando-se como uma das poucas consequências da sua efetivação o facto dos contratos a novos enfermeiros, ainda que detentores do título profissional de enfermeiro especialista, operarem-se exclusivamente para a categoria de enfermeiro ao abrigo de um

contracto individual de trabalho (cumulativamente, os concursos no sector público administrativo para a categoria de enfermeiro especialista também acabaram).

Em matéria de grau académico, 63% dos inquiridos detêm o grau de licenciado, embora 6% refira ser bacharel. Ora, este resultado implicaria uma análise mais aprofundada, que não foi possível realizar, de forma a entender como bacharéis são detentores do título de enfermeiro especialista, dado que, mesmo aquando do bacharelato para efeitos de autorização para o exercício profissional (cursos anteriores a 1999), a realização do curso de especialização conferia o grau de licenciado.

5.2. Aplicação dos testes estatísticos aos resultados obtidos nas respostas relativas aos obstáculos e alavancas / mais-valias da prescrição por enfermeiros

Nesta parte do trabalho aplicámos diferentes testes estatísticos de forma a validar a robustez dos nossos dados, e assim permitir a sua adequada interpretação, bem como testar correlações que se mostrassem relevantes face às questões inicialmente colocadas. Para este efeito, procedemos à sua divisão em 3 partes: os obstáculos, as alavancas / mais-valias e as necessidades formativas.

Tendo em conta o tamanho da amostra e a natureza ordinal das variáveis em estudo, privilegiaram-se os testes não paramétricos.

5.2.1. Obstáculos

5.2.1.1. Avaliação da consistência interna das escalas através do *Alpha de Cronbach* e aplicação do teste de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) e teste de Esfericidade de *Bartlett* para estudo da adequação da análise de componentes principais para os obstáculos.

Do ponto de vista metodológico importa sublinhar que as variáveis decorrentes do nosso questionário na parte dos obstáculos e das alavancas / mais-valias são de cariz qualitativo ordinal, estando organizadas numa escala tipo Likert de cinco categorias.

Cada item foi avaliado numa escala de 5 pontos (1= Discordo fortemente; 2 = Discordo; 3 = Nem concordo, Nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo fortemente) e todos os itens são cotados na mesma direção.

Na medida em que se optou por fazer uma Análise de Componentes Principais (ACP) partiu-se a análise do questionário em 2 partes: uma referente aos obstáculos e outra às alavancas / mais-valias. Como se demonstrará adiante, esta separação fez sentido do ponto de vista da análise estatística das nossas hipóteses.

Na tabela 11 apresentamos a análise estatística descritiva relativamente aos obstáculos.

Tabela 11 – Estatística descritiva das questões relativas aos obstáculos à prescrição por enfermeiros

Subescalas	Min	Max	Média	DP
Legislativas/Governamentais	1	5	3,89	0,96
Externas à profissão	1	5	3,66	1,07
Internos à profissão	1	5	2,87	0,88
Organizacionais	1	5	3,06	0,86
Financiamento	1	5	2,76	1,10
Contexto social	1	5	3,42	1,34
Formativas e Investigativas	1	5	3,73	1,23

A aplicação do Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e do Teste de Esfericidade de *Bartlett* deu-nos os seguintes resultados.

KMO = 0,737 (o que nos indica que estamos perante uma Análise de Componentes Principais de qualidade média).

Teste de Esfericidade de *Bartlett* $(_{171}) = 1246,709$ (para $p = 0,000 < 0,05$, este valor indica-nos que a matriz de correlação não é uma matriz de identidade e consequentemente as variáveis não são independentes).

Tabela 12 – Estatística de KMO e Esfericidade de *Bartlett*

<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>		0,737
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	Approx. <i>Chi-Square</i>	1246,709
	Df	171
	Sig.	0,000

Tabela 13 - Alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões

Obstáculos à prescrição por enfermeiros	Alfa de <i>Cronbach</i>
Legislativos/Governamentais	0,745
Externos à profissão	0,880
Internos à profissão	0,774
Organizacionais	0,669
Financiamento	0,618
Contexto Social	-
Formativas e Investigativas	-

Tabela 14 - Alfa de *Cronbach* Global – Obstáculos à prescrição por enfermeiros

Alfa de <i>Cronbach</i>	
Alfa	Nº de itens
0,846	19

Considerando o valor de Alpha de *Cronbach* obtido, nomeadamente de 0,846, podemos afirmar que, na ótica de Pestana e Gageiro (2003), temos uma boa consistência interna dos fatores.

5.2.1.2. Análise de componentes principais relativa aos obstáculos

Da análise da tabela 15 é possível aferir que as variáveis “*medo do litígio*” e “*perspetiva de que é uma ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar*” têm uma variância explicada inferior a 50%, pelo que estas duas variáveis poderiam ser retiradas da análise (embora, considerando que são apenas duas e que o presente trabalho assume um carácter exploratório no panorama nacional, as tenhamos mantido para a análise que fazemos aos resultados obtidos).

Tabela 15 - Estatísticas resultantes da análise de componentes principais relativas aos obstáculos

	Inicial	Extração	% de variância explicada
Legislativas/Governamentais			
Ação dos departamentos governamentais	1,000	,676	67,6%
Ausência de jurisdição legal para a prescrição pelos enfermeiros	1,000	,658	65,8%
Ausência de vontade política	1,000	,730	73%

Externas à profissão			
Médicos a nível individual	1,000	,743	74,3%
Médicos enquanto grupo organizado	1,000	,807	80,7%
Farmacêuticos a nível individual	1,000	,904	90,4%
Farmacêuticos enquanto grupo organizado	1,000	,870	87%
Internos à profissão			
Medo do litígio	1,000	,439	43,9%
Pouca competência	1,000	,707	70,7%
Exercício liberal	1,000	,680	68%
Ambivalência de sentimentos face à prescrição	1,000	,668	66,8%
Organizacionais			
Natureza da relação entre médicos e enfermeiros	1,000	,566	56,6%
Preocupação com a segurança dos doentes	1,000	,603	60,3%
Perspetiva de que é uma ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar	1,000	,457	45,7%
Problema de dotações	1,000	,672	67,2%
Financiamento			
Modelo de financiamento da instituição de saúde onde trabalha	1,000	,527	52,7%
Existência de medicamentos sem necessidade de prescrição	1,000	,700	70%
Contexto Social			
Existência de poucos enfermeiros	1,000	,766	76,6%
Formativas e Investigativas			
Escassez de enfermeiros formadores experientes em prescrição	1,000	,651	65,1%

5.2.1.3. Aplicação dos testes estatísticos para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de funções que se exerce e a perceção dos obstáculos

Dado que o nosso trabalho se refere à análise da prescrição por enfermeiros especialistas, em concreto em reabilitação, surgiu a necessidade de avaliar se o exercício como enfermeiro de cuidados gerais, por parte de especialistas, interferia de alguma forma na problemática da prescrição, por entendermos que a manutenção de especialistas em funções indiferenciadas contribui para uma perda das suas aptidões e um consequente comprometimento do papel dos enfermeiros numa ótica global^{XXXIX}. Nesse sentido, aplicámos os testes estatísticos *t-Student*, *V* de *Cramer* e coeficiente de correlação *Rho* de *Spearman* (tabela 16) para avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de funções que se exerce e a perceção dos obstáculos que daí decorre. Apresentamos de seguida os resultados com evidência estatística.

De acordo com o teste *t-Student* existem evidências estatísticas para afirmar que a perceção sobre os obstáculos organizacionais à introdução da prescrição por enfermeiros,

^{XXXIX} H2 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a perceção dos obstáculos à introdução da prescrição.

entre os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer como especialistas e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer como enfermeiros de cuidados gerais, é diferente ($t(126) = -2,046$; $p = 0,043$). Com base num IC a 95%] $-0,627$; $-0,10$], a percepção média de obstáculos organizacionais dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação a exercer cuidados de enfermagem gerais é superior à dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer como especialistas.

Em termos descritivos a $M_{\text{enfermeiros a exercer especialidade}} = 2,95$ ($DP_{\text{enfermeiros a exercer especialidade}} = 0,869$) e a $M_{\text{enfermeiros especialistas exercer cuidados gerais}} = 3,27$ ($DP_{\text{enfermeiros especialistas exercer cuidados gerais}} = 0,826$) são diferentes, o que nos leva a concluir que o exercer cuidados especializados ou cuidados gerais influencia a percepção sobre os obstáculos organizacionais à introdução da prescrição por enfermeiros.

Tabela 16 - Tabela síntese da Aplicação do *Rho* de *Spearman* e do *V* de *Cramer* para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de funções que se exerce e a percepção dos obstáculos

Teste	Correlação testada	Resultado	Interpretação
<i>Rho</i> de <i>Spearman</i>	Percepção de obstáculos externos à profissão – médicos individualmente – à introdução da prescrição por enfermeiros e a categoria profissional.	$r_s = 0,18$; $p = 0,042$; $\alpha = 0,05$ Correlação linear, positiva e muito baixa (<i>Rho Spearman</i> menor que 0,2).	As variáveis estão correlacionadas.
	Percepção de obstáculos organizacionais – ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar – à introdução da prescrição por enfermeiros e a categoria profissional.	$r_s = 0,269$; $p = 0,002$; $\alpha = 0,05$ Correlação linear, positiva, baixa (<i>Rho Spearman</i> entre 0,2 e 0,39)	As variáveis estão correlacionadas.
	Percepção de obstáculos formativos e investigativos à introdução da prescrição por enfermeiros – escassez de enfermeiros formadores em prescrição – e a categoria profissional.	$r_s = 0,195$; $p = 0,028$; $\alpha = 0,05$ Correlação linear, positiva e muito baixa (<i>Rho Spearman</i> menor que 0,2).	As variáveis estão correlacionadas.
<i>V Cramer</i>	Percepção de obstáculos legislativos / governamentais – ausência de jurisdição legal para prescrever – e a categoria profissional na qual se exerce	$V \text{ Cramer}(128) = 0,190$; $p = 0,032$	As variáveis estão correlacionadas.

5.2.1.4. Avaliação da influência do local de trabalho na percepção de obstáculos

Decidimos também avaliar se o local de trabalho (CSP, Hospital, Ensino, Outro) influenciava significativamente a percepção de obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros^{XL}, tendo recorrido para esse efeito ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (dado estarmos perante mais de três grupos não emparelhados) seguido da comparação múltipla das médias das ordens. Usou-se uma probabilidade de erro tipo I de 0,05.

O local de trabalho teve um efeito estatisticamente significativo sobre a percepção de obstáculos legislativos / governativos ($X^2_{KW} (2) = 6,409$, $p = 0,041$, $n = 124$).

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os especialistas em enfermagem de reabilitação que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários apresentam uma percepção de obstáculos legislativos / governamentais significativamente diferente dos enfermeiros que trabalham no hospital ($p < 0,033$), sendo nesse grupo que se observam os maiores níveis de percepção de obstáculos legislativos / governamentais ($M_{\text{cuidados saúde primários}} = 69,68$; $M_{\text{hospital}} = 58,21$).

Existem também evidências estatísticas para se afirmar que a percepção de obstáculos legislativos / governativos – ausência de vontade política – é significativamente diferente em pelo menos um dos grupos de enfermeiros a trabalhar nos vários locais de trabalho ($X^2_{(KW)} (2) = 7,558$, $p = 0,023$), isto é, o local de trabalho onde exercem funções influencia a percepção sobre os obstáculos legislativos / governativos – ausência de vontade política.

De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os especialistas em enfermagem de reabilitação docentes (ensino) apresentam uma percepção de obstáculos legislativos / governamentais – ausência de vontade política – significativamente diferente dos enfermeiros que trabalham no hospital ($p = 0,008$) e nos cuidados de saúde primários ($p = 0,006$), sendo nesse grupo, do ensino, que se observam valores de percepção de obstáculos legislativos / governamentais – ausência de vontade política – mais baixos ($M_{\text{ensino}} = 22,30$, $M_{\text{hospital}} = 63,25$, $M_{\text{cuidados de saúde primários}} = 65,92$).

^{XL} H3 – O local de trabalho influencia a percepção que se tem dos obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros

5.2.2. Alavancas / mais-valias

5.2.2.1. Avaliação da consistência interna das escalas através do *Alpha de Cronbach* e aplicação do teste de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) e teste de Esfericidade de *Bartlett* para estudo da adequação da análise de componentes principais para as alavancas/mais-valias

Esta parte do questionário era constituída por 66 itens pontuados numa escala tipo *Likert* que variava entre 1 (discordo fortemente) a 5 (Concordo fortemente). A estatística descritiva do mesmo encontra-se na tabela 17.

Tabela 17 – Estatística descritiva das questões relativas às alavancas / mais-valias da introdução da prescrição por enfermeiros

	Min	Max	Média	DP
Transnacionais - legislativas governamentais	1	5	3,27	,967
Nacionais - legislativas governamentais	1	5	3,84	1,055
Internas à profissão	1	5	3,77	,766
Externas à profissão: médicos	1	5	3,05	1,212
Externas à profissão: farmacêuticos	1	5	2,96	1,173
Externas à profissão: gestores de saúde	1	5	3,58	1,038
Externas à profissão grupos de doentes	1	5	3,70	1,134
Externas à profissão: média global			3,39	,879
Introdução de políticas organizacionais	1	5	3,80	,848
Ganho de tempo	1	5	3,57	,953
Duração/regularidade do contacto	1	5	3,90	1,099
Financiamento	1	5	3,79	,934
Contexto Social	1	5	3,74	1,014
Resultados de Saúde	1	5	3,76	1,029
Formativas/Investigativas	1	5	3,63	,901
Organizacionais: média global			3,74	,768

A aplicação do Teste de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) e do Teste de Esfericidade de *Bartlett* deu-nos os seguintes resultados.

KMO = 0,739 (o que nos indica que estamos perante uma Análise de Componentes Principais de qualidade média).

Teste de Esfericidade de *Bartlett* $(_{171}) = 1967,716$ (para $p=0,000 < 0,05$, este valor indica-nos que a matriz de correlação não é uma matriz de identidade e consequentemente as variáveis não são independentes).

Tabela 18 - Estatística de KMO e Esfericidade de *Bartlett*

<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy</i>	0,739	
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	Approx. <i>Chi-Square</i>	1967,716
	Df	120
	Sig.	0,000

Tabela 19 – Alfa de *Cronbach* de cada uma das dimensões

Mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros	Alfa de <i>Cronbach</i>
Transnacionais - Legislativas Governamentais	0,781
Nacionais - Legislativas Governamentais	0,852
Internas à profissão	0,869
Externas profissão – Médicos	0,842
Externas à profissão – Farmacêuticos	0,890
Externas à profissão - Gestores de Saúde	0,767
Externas à profissão - Grupos de Doentes	0,942
Externas à Profissão – média Global	0,889
Mais-valias Organizacionais	0,836
Introdução de políticas organizacionais	0,921
Ganho de tempo	0,815
Duração / Regularidade do contacto	0,963
Financiamento	0,814
Contexto Social	0,880
Resultados de Saúde	0,963
Formativas / Investigativas	0,827

Tabela 20 – Alfa de *Cronbach* global de alavancas / mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros

Alfa de <i>Cronbach</i>	
Alfa	Nº de itens
0,972	66

Considerando o valor de Alfa de *Cronbach* obtido, nomeadamente de 0,972, podemos afirmar que, na ótica de Pestana e Gageiro (2003), temos uma consistência interna dos fatores muito boa.

5.2.2.2. Análise de componentes principais relativa às alavancas / mais-valias

Da análise da tabela 20 é possível aferir que todas as variáveis têm uma variância explicada superior a 50%, pelo que todas as variáveis deverão ser mantidas na análise, ao contrário do que aconteceu nos obstáculos.

Tabela 21 - Estatísticas resultantes da análise de componentes principais relativa às alavancas / mais-valias

	Iniciais	Extração	% Variância explicada
Legislativas/Governamentais Transnacionais			
Implementação das DE relativas à livre mobilidade dos doentes	1,000	,788	78,8%
Implementação das DE relativas à livre mobilidade dos Profissionais de Saúde	1,000	,824	82,4%
Implementação da autoridade prescritora para enfermeiros noutros países europeus	1,000	,800	80%
Legislativas/Governamentais Nacionais			
Apoio governamental à prescrição	1,000	,794	79,4%
Revisão da lei dos medicamentos	1,000	,790	79%
Lei que confira autoridade aos enfermeiros para prescrever medicação e ajudas técnicas	1,000	,784	78,4%
Internas à profissão			
Necessidade dos enfermeiros melhorar o estatuto profissional em função da legitimação do seu trabalho	1,000	,692	69,2%
Elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição	1,000	,863	86,3%
Elaboração de um acordo para a prática colaborativa com outros profissionais	1,000	,677	67,7%
Elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição	1,000	,869	86,9%
Implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo	1,000	,732	73,2%
Existência de um órgão regulador profissional autónomo emissor de certificados de práticas anuais	1,000	,715	71,5%
Constatação da subutilização das competências dos enfermeiros	1,000	,756	75,6%
Implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica	1,000	,729	72,9%
Apoio dos sindicatos de enfermagem	1,000	,708	70,8%
Apoio dos responsáveis do Ensino Superior	1,000	,787	78,7%
Externas à profissão			
Apoio médico a nível individual	1,000	,865	86,5%
Apoio médico enquanto grupo organizado	1,000	,884	88,4%
Apoio dos farmacêuticos a nível individual	1,000	,872	87,2%
Apoio dos farmacêuticos enquanto grupo organizado	1,000	,870	87%
Apoio dos gestores dos serviços de saúde a nível individual	1,000	,767	76,7%
Apoio dos gestores dos serviços de saúde enquanto grupo organizado	1,000	,757	75,7%
Apoio dos grupos de doentes	1,000	,882	88,2%
Apoio dos utentes	1,000	,870	87%
Apoio das sociedades científicas	1,000	,775	77,5%
Organizacionais			

Necessidade de melhorar os cuidados na Comunidade	1,000	,767	76,7 %
Uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros	1,000	,781	78,1%
Uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros	1,000	,885	88,5%
Obtenção de relações de trabalho melhoradas entre Profissionais de Saúde	1,000	,732	73,2%
Redução da carga laboral dos médicos	1,000	,669	66,9%
Introdução de instrumentos de apoio à decisão	1,000	,695	69,5%
Introdução de linhas de orientação clínica suportadas pela prática baseada na evidência	1,000	,773	77,3%
Introdução de políticas organizacionais			
De gestão de risco	1,000	,820	82%
De tutoria	1,000	,804	80,4%
De mecanismos de auditoria	1,000	,703	70,3%
De prática colaborativa entre os diferentes profissionais	1,000	,796	79,6%
De gestão clínica	1,000	,845	84,5%
De garantia da qualidade	1,000	,765	76,5%
Ganho de tempo			
Para os utentes	1,000	,837	83,7%
Para os enfermeiros	1,000	,700	70%
Carência de médicos	1,000	,780	78%
Existência de protocolos e políticas para orientar a prescrição de fármacos autorizados	1,000	,832	83,2%
Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de produtos de cuidados de saúde	1,000	,849	84,9%
Duração/regularidade de contacto			
Com enfermeiros a nível de acessibilidade	1,000	,856	85,6%
Com enfermeiros a nível de maior facilidade de abordagem	1,000	,850	85%
Com os enfermeiros a nível de maior disponibilização de informações	1,000	,841	84,1%
Financiamento			
Obter maior valor pelo dinheiro despendido	1,000	,722	72,2%
Existência de um sistema público de saúde que assegure dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de Saúde prescritos por enfermeiros	1,000	,725	72,5%
Aumento do controlo de custos em termos de desperdícios	1,000	,772	77,2%
Contexto Social			
Mudanças sociais/demográficas	1,000	,748	74,8%
Existência de áreas em expansão nos CSP	1,000	,795	79,5%
Gestão da doença crónica	1,000	,807	80,7%
Nº insuficiente de prescritores capazes de lidar com as necessidades de saúde crescentes da comunidade	1,000	,797	79,7%
Resultados de Saúde			
Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde pelos doentes imediatamente após a dispensa	1,000	,774	77,4%
Maior integração de cuidados	1,000	,860	86%
Mair adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos	1,000	,865	86,5%
Melhoria do custo-efetividade dos medicamentos	1,000	,873	87,3%
Aumento e satisfação da procura serviços especializados	1,000	,893	89,3%
Maior acessibilidade aos cuidados de saúde	1,000	,864	86,4%
Reduções nas prescrições de medicam e produtos de cuidados de saúde	1,000	,798	79,8%
Acesso mais rápido às prescrições de medicamentos e de produtos de cuidados de saúde	1,000	,842	84,2%
Formativas/Investigativas			
Introdução de um curso de prática certificada de medicação	1,000	,712	71,2%
Definição de requisitos e padrões para programas de ensino para enfermeiros com autoridade de prescrição	1,000	,753	75,3%

Aprendizagem Baseada na Evidência	1,000	,814	81,4%
Introdução do nível de mestrado para obtenção da autoridade prescritora	1,000	,760	76%
Investigação sobre o papel dos enfermeiros com poderes prescritivos	1,000	,718	71,8%

5.2.2.3. Avaliação da influência do local de trabalho na percepção das alavancas/mais-valias

Tal como procedemos para os obstáculos, também avaliámos se o local de trabalho (CSP, Hospital, Ensino, Outro) influenciava significativamente a percepção das alavancas/mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros^{XLI}, tendo recorrido para esse efeito ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* seguido da comparação múltipla das médias das ordens. Usou-se uma probabilidade de erro tipo I de 0,05. Apresentamos de seguida os resultados com evidência estatística.

Tabela 22 - Teste de diferenças *Kruskal-Wallis* para avaliar se o local de trabalho influencia significativamente a percepção de alavancas / mais-valias

Alavancas / mais – valias	Resultado do teste	Conclusão
Apoio governamental à introdução da prescrição por enfermeiros	X_2 (KW) = 10,085, p = 0,006	A percepção difere consoante o local de trabalho
Existência de uma lei que confira aos enfermeiros o direito de prescrever determinados medicamentos e produtos de cuidados de saúde	X_2 (KW) = 8,930, p = 0,012	
Melhorar o estatuto profissional em função da legitimação do seu trabalho	X_2 (KW) = 6,454, p = 0,040	
Elaboração de padrões da prática orientada para a prescrição	X_2 (KW) = 6,695, p = 0,035	
Subutilização das competências dos enfermeiros	X_2 (KW) = 8,755, p = 0,013	
Apoio dos sindicatos	X_2 (KW) = 8,810, p = 0,012	

^{XLI} H5 – O local de trabalho influencia a percepção que se tem das alavancas/mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros.

Necessidade de melhorar os cuidados na comunidade	X_2 (KW) = 7,556, p = 0,023
Uso efetivo das aptidões dos enfermeiros	X_2 (KW) = 8,122, p = 0,017
Obtenção de relações de trabalho melhoradas entre os profissionais de saúde	X_2 (KW) = 6,382, p = 0,041
Duração / regularidade de contacto com o enfermeiro: maior facilidade de abordagem	X_2 (KW) = 8,276, p = 0,016
Obtenção de maior valor pelo dinheiro despendido	X_2 (KW) = 8,020, p = 0,018
Existência de áreas em expansão nos CSP	X_2 (KW) = 7,366, p = 0,025
Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde pelos doentes imediatamente após a dispensa	X_2 (KW) = 6,447, p = 0,040
Maior integração dos cuidados	X_2 (KW) = 6,846, p = 0,033
Melhoria do custo-efetividade dos medicamentos	X_2 (KW) = 6,823, p = 0,033
Acesso mais rápido às prescrições de medicamentos e produtos de saúde	X_2 (KW) = 7,276, p = 0,026

Em seguida, apresentamos na tabela 23 uma síntese dos achados relativamente à influência do local de trabalho nas respostas obtidas, dando destaque, para cada dimensão em análise nos obstáculos e alavancas / mais-valias, ao contexto que dá mais e menos relevância.

Tabela 23 – síntese dos achados relativamente à influência do local de trabalho

Dimensões	Contexto hospitalar	Contexto comunitário	Contexto de ensino
Obstáculos			
Obstáculos legislativos/governativos – ausência de vontade política		↑	↓
Alavancas/mais-valias			
Legislativas/governamentais nacionais – apoio governamental à prescrição		↑	↓
Legislativas/governamentais nacionais – existência de uma lei que confira aos enfermeiros o direito de prescrever determinados medicamentos e produtos de cuidados de saúde		↑	↓
Profissionais internas à profissão - melhorar o estatuto profissional em função da legitimação do seu trabalho	↑		↓
Profissionais internas à profissão - elaboração de padrões da prática orientados para a prescrição	↑		↓
Profissionais internas à profissão - subutilização das competências dos enfermeiros	↑		↓
Profissionais internas à profissão - apoio dos sindicatos		↑	↓
Organizacionais - necessidade de melhorar os cuidados na comunidade	↑		↓
Organizacionais - uso efetivo das aptidões dos enfermeiros	↑		↓
Organizacionais - obtenção de relações de trabalho melhoradas entre os profissionais de saúde	↑		↓
Organizacionais - duração/regularidade de contacto com o enfermeiro: maior facilidade de abordagem		↑	↓
Financiamento - obtenção de maior valor pelo dinheiro despendido		↑	↓
Contexto social - existência de áreas em expansão nos CSP		↑	↓
Resultados de saúde - aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde pelos doentes imediatamente após a dispensa	↑		↓
Resultados de saúde - maior integração dos cuidados		↑	↓
Resultados de saúde - melhoria do custo-efetividade dos medicamentos		↑	↓
Resultados de saúde - acesso mais rápido às prescrições de medicamentos e produtos de saúde	↑		↓

Olhando para o quadro, somos levados a concluir que no respeitante aos obstáculos o grupo de profissionais do ensino é aquele que deu menos relevância à dimensão analisada (considerámos apenas as que eram estatisticamente significativas). Já no tocante às alavancas/mais-valias, este grupo continuou a ser o que lhes atribuiu menos relevância

(de forma sistemática), o que nos indica uma realidade com interesse a ser explorada de futuro.

Outro resultado curioso reside no facto do grupo de enfermeiros dos hospitais atribuir maior relevância ao facto da prescrição por enfermeiros poder resultar numa melhoria dos cuidados na comunidade do que o próprio grupo de enfermeiros dos CSP. Também este achado poderá merecer uma análise mais aprofundada de futuro.

5.2.3. Necessidades formativas

Uma das nossas hipóteses de investigação^{XLII} relaciona-se com as diferenças percebidas em termos de formação para prescrever numa das possíveis modalidades. Para a testar, recorreremos ao teste de Qui-quadrado para avaliar a relação entre a categoria profissional na qual se exerce (especialista vs. generalista) e as necessidades formativas. Apresentamos de seguida os resultados com significado estatístico para esta questão. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05 em todas as análises inferenciais.

Observou-se uma maior necessidade de formação em patologia para prescrever medicamentos em complementaridade por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer funções de enfermeiro de cuidados gerais ($n_{\text{Cuidados Gerais}} = 32$; 66,7%) comparativamente aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a exercer a sua especialidade ($n_{\text{Especialista}} = 38$; 47,5%), conforme consta da tabela 180 (anexo 14).

A análise estatística inferencial permite afirmar que a necessidade de formação em patologia para prescrever medicamentos em complementaridade e a categoria profissional estão relacionadas ($X^2_{(1)} = 4,447$; $p = 0,035$; $n = 128$), isto é, a necessidade de formação é influenciada pela função exercida na instituição onde trabalham.

De acordo com o Coeficiente de Associação V $Cramer_{(128)} = 0,186$; $p = 0,035$, existem evidências estatísticas para se afirmar que estamos perante uma associação linear muito fraca (V $Cramer$ menor que 0,2) conforme descrito em Pestana e Gageiro (2003).

^{XLII} H6 – Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e as necessidades formativas percebidas.

Tabela 24 - Coeficiente de Associação de *V Cramer* entre as variáveis “necessidade de formação em patologia para prescrever medicamentos em complementaridade” e “categoria profissional”

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	<i>Phi</i>	,186	,035
Nominal	<i>Cramer's V</i>	,186	,035
<i>N of Valid Cases</i>		128	

5.2.4. Percepção de autonomia prescritora

Para testar a nossa hipótese de que há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a percepção de autonomia prescritora^{XLIII}, aplicámos o teste de Qui-Quadrado e o Coeficiente de Associação de *V Cramer*, apresentando de seguida os resultados com significado estatístico.

Tabela 25 – Quadro síntese dos testes de correlação, com significado estatístico, entre a percepção da autonomia prescritora e as funções em que se exerce

Dimensão	Teste Qui-quadrado		Teste <i>V Cramer</i>	
Prescrever dispositivos clínicos	$X^2(1) = 7,648; p = 0,006$	A percepção de autonomia prescritora é influenciada pela função exercida	<i>V Cramer</i> (128) = 0,244; $p = 0,006$	Associação linear fraca
Prescrever meios complementares de diagnóstico	$X^2(1) = 10,405; p = 0,001$		<i>V Cramer</i> (128) = 0,285; $p = 0,001$	Associação linear fraca
Prescrever terapêutica farmacológica	$X^2(1) = 9,591; p = 0,002$		<i>V Cramer</i> (128) = 0,274; $p = 0,002$	Associação linear fraca

Há, portanto, evidência que existe relação entre exercer profissionalmente como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e exercer enquanto enfermeiro de cuidados gerais, em termos de se considerar ter os conhecimentos suficientes para prescrever dispositivos clínicos enquadrados na sua área de competências, prescrever

^{XLIII} H11 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a percepção de autonomia prescritora

meios complementares de diagnóstico necessários à elaboração de diagnósticos na sua área de atuação e prescrever terapêutica farmacológica enquadrada no perfil de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

5.3. Análise das respostas

Neste subcapítulo procederemos a uma análise de cada item do questionário, procurando-se relacionar os resultados obtidos com as evidências vertidas na pesquisa bibliográfica e alguns dos resultados já apresentados nos subcapítulos 5.1 e 5.2.

5.3.1. Obstáculos

Com esta parte, referente aos obstáculos, procuramos dar resposta à nossa primeira hipótese, ou seja, se os obstáculos que os EER identificam para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal são sobreponíveis aos identificados em outros estudos sobre o fenómeno.

5.3.1.1. Obstáculos legislativos / governamentais

A tabela 26 revela-nos que 65,6%^{XLIV} dos inquiridos consideram que a ação dos departamentos governamentais se constitui como um obstáculo à prescrição pelos enfermeiros.

Tabela 26 - Ação dos departamentos governamentais

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	11	8,6
Discordo	16	12,5
Nem concordo nem discordo	17	13,3
Concordo	49	38,3
Concordo fortemente	35	27,3
Total	128	100,0

^{XLIV} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

A tabela 27 revela-nos que 76,6%^{XLV} dos participantes no estudo consideram que a ausência de um enquadramento legal explícito constitui um obstáculo à prescrição pelos enfermeiros.

Tabela 27 – Ausência de jurisdição legal

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	16	12,5
Concordo	40	31,3
Concordo fortemente	58	45,3
Total	128	100,0

A tabela 28 revela-nos que 73,5%^{XLVI} dos inquiridos considera que a ausência de vontade política constitui um obstáculo à prescrição pelos enfermeiros.

Tabela 28 – Ausência de vontade política

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	38	29,7
Concordo fortemente	56	43,8
Total	128	100,0

Sintetizando, e considerando apenas os graus de concordância “concordo” e “concordo fortemente”, no que respeita aos obstáculos legislativos / governamentais os resultados são:

Tabela 29 - Obstáculos legislativos/governamentais

Ação dos departamentos governamentais	65,6%
Ausência de jurisdição legal	76,6%
Ausência de vontade política	73,5%
Média	71,9%

Portanto, cerca de 72% dos inquiridos atribui aquilo que podemos considerar como um elevado peso aos obstáculos legislativos / governamentais enquanto força opositora à implementação da prescrição por enfermeiros.

^{XLV} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{XLVI} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

5.3.1.2. Obstáculos profissionais

5.3.1.2.1. Externos à profissão

Da análise das tabelas 30 a 33, relativas à percepção sobre a profissão médica e farmacêutica enquanto obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros, somos levados a concluir que^{XLVII}:

- 72,7% considera que os médicos a título individual constituem um obstáculo à introdução da prescrição por enfermeiros;
- 80,4% considera que os médicos enquanto coletivo^{XLVIII} constituem um obstáculo à introdução da prescrição por enfermeiros;
- 46,9% considera que os farmacêuticos a título individual constituem um obstáculo à introdução da prescrição por enfermeiros;
- 51,6% considera que os farmacêuticos enquanto coletivo constituem um obstáculo à introdução da prescrição por enfermeiros;
- No caso dos médicos verifica-se uma subida de 10,6% na percepção destes enquanto obstáculo em situação individual vs. coletiva;
- No caso dos farmacêuticos esta subida é de 10%;
- A diferença entre a percentagem de médicos a título individual para farmacêuticos a título individual e médicos enquanto coletivo para farmacêuticos enquanto coletivo, é, respetivamente, de 25,8% e 28,8%.

Portanto, podemos inferir que as profissões médica e farmacêutica são vistas como um obstáculo maior à prescrição por enfermeiros enquanto coletivo do que a título individual e que existe uma percepção superior, em média, de 27,3% quanto à “força” da profissão médica vs. a “força” da profissão farmacêutica como obstáculo.

^{XLVII} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{XLVIII} O conceito de “coletivo” deve ser aqui entendido como “organizações representativas da classe”.

Tabela 30 – Médicos a nível individual

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	6	4,7
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	39	30,5
Concordo fortemente	54	42,2
Total	128	100,0

Tabela 31 – Médicos enquanto coletivo

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	11	8,6
Concordo	25	19,5
Concordo fortemente	78	60,9
Total	128	100,0

Tabela 32 – Farmacêuticos a nível individual

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	18	14,1
Discordo	24	18,8
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	38	29,7
Concordo fortemente	22	17,2
Total	128	100,0

Tabela 33 – Farmacêuticos enquanto coletivo

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	15	11,7
Discordo	27	21,1
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	39	30,5
Concordo fortemente	27	21,1
Total	128	100,0

5.3.1.2.2. Obstáculos internos à profissão

Relativamente aos obstáculos internos à profissão os resultados obtidos foram os seguintes^{XLIX} (por ordem decrescente):

^{XLIX} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

- Medo do litígio (tabela 34) – 44,6%;
- Pouca competência (tabela 35) – 29%;
- Ambivalência face ao procedimento (prescrição) (tabela 37) – 25%;
- Profissão liberal (tabela 36) – 21,1%.

Tabela 34 – Medo do litígio

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	13	10,2
Discordo	23	18,0
Nem concordo nem discordo	35	27,3
Concordo	39	30,5
Concordo fortemente	18	14,1
Total	128	100,0

Tabela 35 – Pouca competência

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	25	19,5
Discordo	27	21,1
Nem concordo nem discordo	39	30,5
Concordo	24	18,8
Concordo fortemente	13	10,2
Total	128	100,0

O baixo valor da falta de competência como obstáculo está em linha com os resultados obtidos ao nível da “Perceção da autonomia prescritora” (subcapítulo 5.3.4), que nos revelam que genericamente os EER se sentem aptos a prescrever (e que inclusivamente já o fazem num registo informal, conforme demonstrado nas tabelas 98 e 99).

Tabela 36 – Profissão liberal

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	23	18,0
Discordo	29	22,7
Nem concordo nem discordo	49	38,3
Concordo	20	15,6
Concordo fortemente	7	5,5
Total	128	100,0

Tabela 37 – Ambivalência face ao procedimento (prescrição)

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	16	12,5
Discordo	28	21,9
Nem concordo nem discordo	52	40,6
Concordo	27	21,1
Concordo fortemente	5	3,9
Total	128	100,0

A média dos obstáculos externos foi de 62,9%, enquanto que a dos internos foi de 29,93%, o que nos leva a concluir que os obstáculos externos apresentam um peso aproximadamente 2 vezes superior aos internos. Portanto, os inquiridos consideram, aproximadamente, que os obstáculos externos à profissão para a obtenção de autoridade prescritora representam o dobro da “força de bloqueio” do que os internos.

5.3.1.3. Obstáculos organizacionais

Quanto aos obstáculos organizacionais os resultados apurados^L foram (por ordem decrescente):

- Natureza da relação entre médicos e enfermeiros (Tabela 38) – 53,1%;
- Dotações (de enfermeiros) (41) – 43%;
- Perspetiva de ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar (tabela 40) – 34,4%;
- Preocupação com a segurança dos doentes (tabela 39) – 25,8%.

Perante estes resultados podemos constatar que apenas a relação entre médicos e enfermeiros reúne mais de 50% de opiniões a considerarem que a mesma pode representar um obstáculo organizacional à introdução da prescrição por enfermeiros. Curiosamente, a introdução da prescrição por EER é vista como ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar por apenas 34,4% dos inquiridos, o que nos remete para a possibilidade das relações multiprofissionais atualmente vigentes não serem, já de si e intrinsecamente, propícias a esta mudança.

O facto da segurança dos doentes representar um obstáculo para apenas 25,8% dos inquiridos vem de certa forma corroborar a perceção já previamente explicitada de que os enfermeiros sentem deter as competências necessárias para realizar uma prescrição

^L Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

segura. Por outro lado, a percentagem daqueles que consideram ser necessário melhorar as dotações de enfermeiros para que a prescrição se possa efetivar é ainda considerável (43%), o que nos remete para a possibilidade dos enfermeiros se encontrarem atualmente demasiado assoborbados em trabalho para que possam realizar com as condições necessárias o processo de decisão subjacente à prescrição.

Tabela 38 – Natureza da relação entre médicos e enfermeiros

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	10	7,8
Discordo	9	7,0
Nem concordo nem discordo	41	32,0
Concordo	37	28,9
Concordo fortemente	31	24,2
Total	128	100,0

Tabela 39 – Preocupação com a segurança dos doentes

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	22	17,2
Discordo	37	28,9
Nem concordo nem discordo	36	28,1
Concordo	20	15,6
Concordo fortemente	13	10,2
Total	128	100,0

Tabela 40 – Perspetiva de ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	23	18,0
Discordo	24	18,8
Nem concordo nem discordo	37	28,9
Concordo	36	28,1
Concordo fortemente	8	6,3
Total	128	100,0

Tabela 41 – Dotações

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	16	12,5
Discordo	29	22,7
Nem concordo nem discordo	28	21,9
Concordo	32	25,0
Concordo fortemente	23	18,0
Total	128	100,0

5.3.1.4. Obstáculos de financiamento

Quanto ao modelo de financiamento, quer do trabalho que os enfermeiros realizam quer dos fármacos, enquanto obstáculo à implementação da prescrição, os resultados obtidos^{LI} foram:

- Modelo de financiamento institucional vigente na instituição onde trabalha (tabela 42) – 44,5%;
- Existência de fármacos sem necessidade de prescrição (tabela 43) – 20,4%.

Embora apenas 1/5 dos participantes no estudo considere que a existência de fármacos sem necessidade de prescrição constitui um obstáculo, a verdade é que em países como a Austrália esse foi considerado como o maior obstáculo a um alargamento da prescrição por enfermeiros (CIE, 2013). Por outro lado, em Espanha, os medicamentos prescritos por enfermeiros foram objeto de comparticipação (mais concretamente na região da Andaluzia), alavancando a mudança introduzida, o que releva a preponderância do fator financiamento dos fármacos como obstáculo ou alavanca na implementação da prescrição por enfermeiros (CIE, 2013).

Tabela 42 – Modelo de financiamento institucional vigente na instituição onde trabalha

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	22	17,2
Discordo	24	18,8
Nem concordo nem discordo	25	19,5
Concordo	35	27,3
Concordo fortemente	22	17,2
Total	128	100,0

Tabela 43 – Existência de fármacos sem necessidade de prescrição

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	38	29,7
Discordo	30	23,4
Nem concordo nem discordo	34	26,6
Concordo	18	14,1
Concordo fortemente	8	6,3
Total	128	100,0

^{LI} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

5.3.1.5. Obstáculos de contexto social

Relativamente aos obstáculos de contexto social, apenas uma dimensão foi avaliada pelo questionário: a escassez de enfermeiros; tendo-se obtido 50% de respostas no “concordo” / “concordo fortemente”. Será interessante cruzar este achado com os 43% referentes às dotações seguras nos obstáculos organizacionais, na medida em que estando relacionadas apresentam uma diferença de 7%.

Tabela 44 – Escassez de enfermeiros

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	13	10,2
Discordo	22	17,2
Nem concordo nem discordo	29	22,7
Concordo	26	20,3
Concordo fortemente	38	29,7
Total	128	100,0

5.3.1.6. Obstáculos formativos e investigativos

Quanto aos obstáculos formativos e investigativos, obtivemos um nível de concordância de 65,6%.

Tabela 45 – Obstáculos formativos e investigativos

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	11	8,6
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	23	18,0
Concordo	43	33,6
Concordo fortemente	41	32,0
Total	128	100,0

Comparando todas as classes de obstáculos, ao nível das respostas obtidas em “concordo” e “concordo fortemente” temos a síntese constante da tabela 46 (por ordem decrescente de relevância).

Tabela 46 – Síntese das concordâncias ao nível dos obstáculos

Legislativos / governamentais	71,9%
Formativos e investigativos	65,6%
Externos	62,9%
Contexto social	50%
Organizacionais	39,08%
Financiamento	32,45%
Internos	29,93%

No subcapítulo 5.3.3 teremos oportunidade de analisar em maior profundidade a perceção dos inquiridos relativamente às necessidades formativas, embora tenha ficado explícito na análise aos obstáculos que a ausência do devido suporte em formação e investigação constitui a segunda maior dificuldade percebida pelos EER à implementação da prescrição por estes, logo seguida pela oposição das profissões médica e farmacêutica e pela escassez de enfermeiros, sendo apenas precedida pelos obstáculos legislativos / governamentais.

5.3.2. Alavancas / mais-valias

Aqui demonstramos a evidência que sustentará as nossas conclusões relativamente à quarta hipótese que colocamos, ou seja, se as alavancas / mais-valias que os EER identificam para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal são sobreponíveis aos identificados em outros estudos sobre o fenómeno.

5.3.2.1. Legislativas e governamentais

5.3.2.1.1. Transnacionais

No respeitante às alavancas / mais-valias legislativas / governamentais de carácter transnacional para a prescrição por enfermeiros os inquiridos consideraram que as seguintes dimensões configurarão esse apoio na seguinte medida (ordenadas por importância decrescente^{LII}):

^{LII} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

- Implementação de autoridade prescritora para enfermeiros em outros países europeus (tabela 49) – 56,3%;
- Implementação das diretivas europeias de livre mobilidade dos profissionais de saúde (tabela 48) – 44,3%;
- Implementação das diretivas europeias de livre mobilidade dos doentes (tabela 47) – 36,8%.

Mais de metade dos participantes no estudo considera que a implementação de autoridade prescritora para enfermeiros em outros países europeus configura uma alavanca relevante para que em Portugal se verifique a mesma tendência. Este achado é relevante à luz do constante no subcapítulo 3.2, que demonstra que em vários países europeus a prescrição por enfermeiros já é uma realidade, embora devamos sempre ressaltar e enquadrar esta análise com o que expusemos no subcapítulo 3.1, que por seu lado vem demonstrar o quão diversificado é o enquadramento da enfermagem nos diferentes países, aconselhando, por isso, a cautelas em juízos de transposição automática.

Tabela 47 – Implementação das diretivas europeias de livre mobilidade dos doentes

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	16	12,5
Discordo	21	16,4
Nem concordo nem discordo	44	34,4
Concordo	34	26,6
Concordo fortemente	13	10,2
Total	128	100,0

Tabela 48 – Implementação das diretivas europeias de livre mobilidade dos profissionais de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	15	11,7
Discordo	19	14,8
Nem concordo nem discordo	36	28,1
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	16	12,5
Total	128	100,0

Tabela 49 – Implementação de autoridade prescritora para enfermeiros em outros países europeus

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	36	28,1
Concordo	43	33,6
Concordo fortemente	29	22,7
Total	128	100,0

A diferença de 7,5% entre a livre mobilidade de profissionais de saúde e a livre mobilidade de doentes, com preponderância da primeira como alavanca, poderá ser analisada também à luz da denúncia CHAP (2015) 00010 enviada pelo Consejo General de Enfermería (CGE) de Espanha à Comissão Europeia, onde o CGE dá conta da impossibilidade acometida às enfermeiras parteiras espanholas de exercerem plenamente a sua profissão em Portugal, nomeadamente prescreverem. A Comissão decidiu não dar provimento à queixa alegando que a mesma não foi feita por uma cidadã europeia que se tenha sentido lesada nos seus direitos (neste caso, seria, por exemplo, uma cidadã espanhola que estivesse a ser acompanhada por uma enfermeira parteira em Espanha e que em Portugal não iria poder usufruir do mesmo nível de serviço por força das diferenças entre os dois países no que respeita à aplicação fidedigna das Diretivas 2005/36/CE e 2006/100/CE). Esta situação denota que do ponto de vista da interpretação das instâncias europeias, os direitos inerentes à livre mobilidade de doentes podem preceder os referentes à livre mobilidade de profissionais, o que contraria o resultado que obtivemos nesta matéria.

5.3.2.1.2. Nacionais

No que toca às alavancas/ mais-valias legislativas / governamentais de carácter nacional as respostas^{LIII} permitiram ordená-las pela seguinte ordem de importância:

- Legislação que confira autoridade de prescrição de medicamentos e ajudas técnicas (tabela 52) – 78,9%;
- Apoio governamental (tabela 50) – 64,9%;
- Revisão da legislação sobre medicação (tabela 51) – 63,3%.

^{LIII} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Tabela 50 – Apoio governamental

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	12	9,4
Discordo	9	7,0
Nem concordo nem discordo	24	18,8
Concordo	39	30,5
Concordo fortemente	44	34,4
Total	128	100,0

Tabela 51 – Revisão da legislação sobre medicação

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	10	7,8
Discordo	11	8,6
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	52	40,6
Concordo fortemente	29	22,7
Total	128	100,0

Tabela 52 – Legislação que confira autoridade de prescrição de medicamentos e ajudas técnicas

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	6	4,7
Nem concordo nem discordo	13	10,2
Concordo	30	23,4
Concordo fortemente	71	55,5
Total	128	100,0

Estes resultados permitem-nos fazer as seguintes comparações e tecer as seguintes considerações:

- As alavancas / mais-valias legislativas / governamentais de carácter nacional apresentam uma relevância 1,5 vezes superior às internacionais;
- Quando comparamos a dimensão legislativa / governamental na sua vertente de obstáculos vs. alavancas / mais-valias, apercebemo-nos que 71,9% dos inquiridos a consideram como um obstáculo e 69,03% como uma potencial alavanca / mais-valia.

- Quando afinamos a análise na dimensão legislativa / governamental e comparamos variáveis equiparáveis os dados que obtemos^{LIV} são os da tabela 53, que nos levam a concluir que embora a vontade política tenha um maior peso enquanto obstáculo do que como alavanca / mais-valia, no que toca à produção legislativa a relação inverte-se, ganhando esta maior relevância como alavanca / mais-valia do que como obstáculo. Tal poder-nos-á indicar que, no entendimento dos inquiridos, a introdução da prescrição por enfermeiros passará mais por uma iniciativa legislativa da Assembleia da República do que por uma iniciativa governamental.

Tabela 53 – Comparação entre obstáculos e alavancas / mais-valias legislativas / governamentais

Obstáculos	Alavancas/mais-valias
Ausência de vontade política 73,5%	Apoio governamental 64,9%
Ausência de jurisdição legal para a prescrição pelos enfermeiros 76,6%	Legislação que confira autoridade de prescrição de medicamentos e ajudas técnicas 78,9%

5.3.2.2. Profissionais

5.3.2.2.1. Internas à profissão

Quanto às alavancas / mais-valias profissionais internas à profissão podemos sintetizar os achados das tabelas 107 a 116 (anexo 8) da seguinte forma^{LV}:

Tabela 54 – Síntese das alavancas / mais-valias profissionais internas à profissão

Necessidade de melhorar o estatuto em função da legitimação do seu trabalho (tabela 107)	64,9%
Elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição (tabela 108)	69,5%
Elaboração de um acordo para a prática participativa com outros profissionais de saúde (tabela 109)	64%
Elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição (tabela 110)	72,7%

^{LIV} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{LV} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo (tabela 111)	72,6%
Existência de um órgão profissional regulador autónomo emissor de certificados de práticas profissionais anuais (tabela 112)	67,1%
Subutilização de competências (tabela 113)	62,5%
Implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica (tabela 114)	62,5%
Apoio dos sindicatos de enfermagem (tabela 115)	53,9%
Apoio dos responsáveis do Ensino Superior (tabela 116)	67,2%
Média	65,69%

As 3 alavancas/mais-valias que reúnem a maior percentagem de concordância são:

- Elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição;
- Implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo;
- Elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição.

Será interessante cruzar esta informação com a constante no subcapítulo 3.2, na medida em que todas estas alavancas / mais-valias são referidas pelo CIE como tendo sido instrumentais e fundamentais para os processos bem-sucedidos de implementação da prescrição por enfermeiros. Basta ver os casos descritos da Irlanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos da América (anexo 1). Por outro lado, são tudo funções que na legislação portuguesa estão cometidas à Ordem dos Enfermeiros por força dos seus estatutos (Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro), o que nos indica a natureza verdadeiramente “interna à profissão” destas alavancas / mais-valias.

5.3.2.2.2. Externas à profissão

Quanto às alavancas / mais-valias profissionais externas à profissão, cujas tabelas podem ser consultadas no anexo 9, sumariámo-las na tabela 56^{LVI}.

^{LVI} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Tabela 55 – Síntese das alavancas / mais-valias profissionais externas à profissão

Apoio médico	A nível individual (tabela 117)	35,9%
	Enquanto grupo (tabela 118)	47,6%
Apoio dos farmacêuticos	A nível individual (tabela 119)	30,5%
	Enquanto grupo (tabela 120)	42,2%
Apoio dos gestores	A nível individual (tabela 121)	51,6%
	Enquanto grupo (tabela 122)	68,7%
Apoio dos doentes	A título individual (tabela 123)	64,8%
	Enquanto grupo (tabela 124)	64,8%
Apoio das sociedades científicas (tabela 125)		74,2%
Média		53,7%

Uma análise dos diferentes apoios, apenas na qualidade de grupos, conduz-nos à conclusão que, por ordem decrescente, estes se organizam da seguinte forma: sociedades científicas, gestores, doentes, médicos e farmacêuticos. De notar que menos de metade dos participantes no estudo acredita que o apoio dos médicos ou dos farmacêuticos se possa constituir como alavanca/mais-valia à implementação da prescrição.

Comparemos agora as diferenças entre os vários grupos, quer os consideremos como obstáculos ou como alavancas / mais-valias^{LVII}, na tabela 56.

Tabela 56 – Análise comparativa quanto aos médicos e farmacêuticos como obstáculos ou como alavancas/mais-valias

		Alavanca/mais-valia	Obstáculo
Médicos	A nível individual	35,9%	72,7%
	Enquanto grupo	47,6%	80,4%
Farmacêuticos	A nível individual	30,5%	46,9%
	Enquanto grupo	42,2%	51,6%

Como expectável, por força dos resultados apresentados até agora, quer os médicos quer os farmacêuticos, seja a título individual ou como grupo, recolhem uma maior perceção como obstáculo à implementação da prescrição pelos enfermeiros do que como alavanca / mais-valia.

Comparando as concordâncias médias relativamente às alavancas / mais-valias internas e externas à profissão (tabela 54 e 55), respetivamente 65,69% e 53,7%, concluímos que as internas apresentam maior relevância do que as externas. Se considerarmos a comparação similar que fizemos para os obstáculos, onde concluímos que os obstáculos externos

^{LVII} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

reuniam uma concordância média de 62,9% e os internos de 29,93%, somos levados a deduzir que embora os principais obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros sejam externos à profissão, a efetivação da mesma passa pela mobilização dos seus recursos internos.

5.3.2.3. Organizacionais

As percepções dos inquiridos relativamente às alavancas / mais-valias de carácter organizacional estão sintetizadas (de forma decrescente no que toca à relevância) na tabela 57^{LVIII}.

Tabela 57 - Alavancas/mais-valias de carácter organizacional

Introdução de políticas organizacionais de garantia da qualidade	78,9%
Necessidade de melhorar os cuidados na comunidade	76,6%
Uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros	76,6%
Introdução de linhas de orientação clínica baseada na evidência	76,5%
Ganho de tempo para os doentes	71,9%
Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de produtos de cuidados de saúde	69,6%
Melhoramento das relações laborais entre profissionais de saúde	69,6%
Uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros	68,7%
Introdução de políticas organizacionais de prática colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde	68,7%
Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de fármacos autorizados	68%
Introdução de políticas organizacionais de gestão clínica	64,9%
Introdução de políticas organizacionais de gestão de risco	64,9%
Introdução de instrumentos de apoio á decisão	62,5%
Introdução de políticas organizacionais de auditoria	61,8%
Introdução de políticas organizacionais de tutoria	59,4%
Ganho de tempo para os enfermeiros	57,8%
Carência de médicos	34,4%
Redução da carga laboral médica	25,8%
Média	64,26%

Constatamos que mais do que $\frac{3}{4}$ dos inquiridos consideram que a existência de políticas de qualidade, com a respetiva emanção de linhas de orientação clínica, a melhoria dos cuidados na comunidade e uma melhor utilização das aptidões dos enfermeiros constituem alavancas / mais-valias, do ponto de vista organizacional, para a introdução

^{LVIII} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

da prescrição. No outro extremo, aproximadamente apenas ¼ considera que a redução da carga laboral médica é uma alavanca / mais-valia.

Analisemos agora em detalhe cada uma das categorias.

Tabela 58 – Necessidade de melhorar os cuidados na comunidade

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	5	3,9
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	17	13,3
Concordo	55	43,0
Concordo fortemente	43	33,6
Total	128	100,0

76,6% concordam que a introdução de prescrição por enfermeiros poderia resultar numa melhoria dos cuidados prestados na comunidade. Esta posição vem em linha do apresentado na bibliografia internacional, nomeadamente nas monografias do CIE sobre o tema, que demonstra que uma das principais alavancas à introdução da prescrição por enfermeiros em diversos países foi a necessidade de aumentar a acessibilidade a certos tipos de prestações em saúde a utentes residentes em locais remotos, bem como melhorar a qualidade da assistência comunitária.

Tabela 59 – Uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	24	18,8
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	46	35,9
Total	128	100,0

68,7% concordam que a introdução da prescrição poderia resultar num uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros. Além de tal se revelar numa medida conducente ao aumento da eficiência do seu trabalho, importaria, agora, explorar em maior profundidade quais os momentos do processo produtivo dos enfermeiros que se encontram prejudicados pela ausência desta prerrogativa, e de que forma esse prejuízo se repercute para os utentes e para o sistema de saúde. Como veremos na tabela 73, 57,8% consideram que a introdução da prescrição se pode revelar um ganho de tempo para os enfermeiros.

Tabela 60 – Uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	3	2,3
Discordo	6	4,7
Nem concordo nem discordo	21	16,4
Concordo	50	39,1
Concordo fortemente	48	37,5
Total	128	100,0

Em linha da evidência da tabela anterior, 76,6% dos participantes no estudo considera que a introdução da prescrição viria dar um uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros, ainda que precisemos de olhar para os dados constantes do subcapítulo 5.3.3. para entender o que os inquiridos consideram necessário, do ponto de vista formativo, para consolidar essa maior efetividade das suas aptidões.

Tabela 61 – Melhoramento das relações laborais entre profissionais de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	6	4,7
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	49	38,3
Concordo fortemente	40	31,3
Total	128	100,0

69,6% considera o melhoramento das relações laborais entre profissionais de saúde como uma alavanca / mais-valia da introdução da prescrição. Considerando os dados já apresentados relativamente à perceção que se tem do papel que outros grupos profissionais (enquanto obstáculos profissionais externos) poderão desempenhar neste processo, seria interessante explorar se esta melhoria será uma condição apriorística para se avançar no sentido da prescrição ou se a sua concretização desembocará nesta melhoria.

Tabela 62 – Redução da carga laboral médica

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	35	27,3
Discordo	28	21,9
Nem concordo nem discordo	32	25,0
Concordo	22	17,2
Concordo fortemente	11	8,6
Total	128	100,0

Os resultados expressos na tabela 62 vêm demonstrar que apenas 25,8% considera a redução da carga laboral médica como uma alavanca / mais-valia derivada da obtenção de autoridade prescritora pelos enfermeiros. Tal resultado poderá conduzir a uma interpretação da capacidade prescritora por parte dos EER como algo que já decorre das suas competências (ainda que coartado), mais do que a usurpação de funções de outros profissionais. Também poderá ser interpretado como uma vontade de que este processo se afirme como algo próprio e intrínseco à profissão e não como algo para proceder a um *task-shifting*^{LIX}.

As categorias abordadas nas tabelas 63, 64, 65, 67, 69 e 70 poderão ser incluídas num conceito mais amplo de “*qualidade em saúde*”^{LX}. Tendo isto presente, podemos afirmar que existe uma perceção generalizada, partilhada por 68,25% (valor médio) dos inquiridos, de que são necessárias adequadas políticas de qualidade organizacionais para uma efetiva implementação da prescrição por enfermeiros. Aliás, como nos demonstra o enquadramento teórico, a concretização e manutenção da própria prescrição implica a implementação do respetivo sistema de boas práticas e a sua contínua auditoria. Não será por acaso que as categorias “introdução de políticas organizacionais de garantia da qualidade” e “introdução de linhas de orientação clínica baseada na evidência”^{LXI} registaram valores de concordância de 78,9% e 76,5%, respetivamente.

Tabela 63 – Introdução de instrumentos de apoio à decisão

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	6	4,7
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	37	28,9
Concordo	46	35,9
Concordo fortemente	34	26,6
Total	128	100,0

^{LIX} A noção de *task-shifting* aqui adotada é a de McPake e Mensah (2008): *the allocation of tasks in health-system delivery to the least costly health worker capable of doing that task reliably*. [transferência de tarefas no sistema de prestação de cuidados para trabalhadores da saúde mais baratos que sejam capazes de as fazer de forma segura] – tradução livre.

^{LX} Na esteira das conceções da Entidade Reguladora da Saúde (<https://www.ers.pt/pages/226>, consultado a 10.11.2015) ou das de Carneiro, Saturno e Campos (2010) relativas à qualidade em saúde.

^{LXI} A este respeito, consultar também a tabela 101, que nos demonstra que 91,4% dos EER inquiridos são a favor de implementação de NOC que associem focos de intervenção com prescrições, visando a sua legitimação.

Tabela 64 – Introdução de linhas de orientação clínica baseada na evidência

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	3	2,3
Discordo	4	3,1
Nem concordo nem discordo	23	18,0
Concordo	46	35,9
Concordo fortemente	52	40,6
Total	128	100,0

Tabela 65 – Introdução de políticas organizacionais de gestão de risco

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	30	23,4
Concordo	49	38,3
Concordo fortemente	34	26,6
Total	128	100,0

Tabela 66 – Introdução de políticas organizacionais de tutoria

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	5	3,9
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	39	30,5
Concordo	48	37,5
Concordo fortemente	28	21,9
Total	128	100,0

Como se pôde constatar no subcapítulo 3.2., bem como no anexo 1, a introdução da prescrição por enfermeiros esteve sempre associada a processos formativos que invariavelmente pressupunham um momento final de prática clínica supervisionada por um tutor, mormente médico. Em linha com esta prerrogativa, surge-nos um nível de concordância de 59,4% relativamente à necessidade de políticas de tutoria nas organizações como alavanca / mais-valia à introdução da prescrição. Será interessante avaliar de futuro os moldes em que se aceita que esta tutoria seja realizada, nomeadamente por médicos numa fase inicial da atividade prescritora dos enfermeiros. Por outro lado, sendo a supervisão clínica uma realidade alargada em Portugal no contexto dos ensinamentos clínicos de enfermagem (nomeadamente os incluídos nos cursos de pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação), importará também analisar de futuro se os dados obtidos nesta questão demonstram a necessidade de uma verdadeira “política organizacional de tutoria”, assim como a perceção que existe das práticas atuais nesta matéria

(nomeadamente se têm um carácter estruturado e coerente ou se são vistas como um processo ad-hoc).

Tabela 67 – Introdução de políticas organizacionais de auditoria

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	5	3,9
Discordo	4	3,1
Nem concordo nem discordo	40	31,3
Concordo	50	39,1
Concordo fortemente	29	22,7
Total	128	100,0

A questão exposta na tabela 68 debruça-se, como acontece noutras, sobre a dimensão das relações interprofissionais, que como pudemos ver no enquadramento teórico deste trabalho, desempenham sempre um papel de relevo nas dinâmicas dos papéis profissionais. Tendo em consideração o constante da tabela relativa ao apoio de outras profissões (tabela 55) ou ao melhoramento das relações laborais entre profissionais de saúde (tabela 61), não será de estranhar que a tabela 68 nos evidencie que 68,7% dos inquiridos veja uma maior colaboração entre profissionais de saúde como uma alavanca / mais-valia.

Tabela 68 – Introdução de políticas organizacionais de prática colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	5	3,9
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	30	23,4
Concordo	52	40,6
Concordo fortemente	36	28,1
Total	128	100,0

Tabela 69 – Introdução de políticas organizacionais de gestão clínica

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	4	3,1
Discordo	6	4,7
Nem concordo nem discordo	35	27,3
Concordo	55	43,0
Concordo fortemente	28	21,9
Total	128	100,0

Tabela 70 – Introdução de políticas organizacionais de garantia da qualidade

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	5	3,9
Discordo	3	2,3
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	59	46,1
Concordo fortemente	42	32,8
Total	128	100,0

A tabela 71 demonstra-nos que 71,9% considera que a introdução da prescrição pelos enfermeiros se traduzirá num ganho de tempo para os doentes, enquanto que, segundo a tabela 72, só 57,8% considera que a mesma se traduzirá num ganho de tempo para os enfermeiros. Como referido acima, importará, de futuro, analisar quais os elementos do processo produtivo dos enfermeiros que estão atualmente prejudicados pela ausência da capacidade prescritora por parte destes.

Tabela 71 – Ganho de tempo para os doentes

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	9	7,0
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	50	39,1
Total	128	100,0

Tabela 72 – Ganho de tempo para os enfermeiros

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	10	7,8
Discordo	14	10,9
Nem concordo nem discordo	30	23,4
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	32	25,0
Total	128	100,0

O facto de apenas 34,4% dos participantes no estudo considerar que a introdução da prescrição pelos enfermeiros encontra na carência de médicos uma alavanca / mais-valia induz-nos a considerar que veem a prescrição como a consubstanciação de competências suas (quiçá coartadas pelos atuais modelos de produção de cuidados de saúde) e não como a substituição dos médicos nas suas funções. Aliás, o resultado da tabela 73 vem na mesma linha dos números constantes da tabela 62 (redução da carga laboral médica).

Tabela 73 – Carência de médicos

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	35	27,3
Discordo	23	18,0
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	27	21,1
Concordo fortemente	17	13,3
Total	128	100,0

Do ponto de vista organizacional, foi considerado por 68% (tabela 74) e 69,6% (tabela 75), respectivamente, que a existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de fármacos autorizados e de produtos de cuidados de saúde constituiria uma alavanca / mais-valia. Estes achados vêm corroborar os já avançados previamente relativamente à “elaboração de padrões de prática orientados para a prescrição”, à “elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição” e à “introdução de instrumentos de apoio à decisão” (tabelas 108, 110 e 63, respectivamente).

Tabela 74 – Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de fármacos autorizados

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	13	10,2
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	40	31,3
Concordo fortemente	47	36,7
Total	128	100,0

Tabela 75 – Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de produtos de cuidados de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	11	8,6
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	45	35,2
Total	128	100,0

5.3.2.3.1. Duração / regularidade de contacto com os enfermeiros

No âmbito das questões organizacionais interessou-nos, para efeitos de comparação com alguma da evidência internacional (CIE, 2013), avaliar o impacto da prescrição por enfermeiros na duração / regularidade do contacto com os doentes.

Assim, conforme consta das tabelas^{LXII} 76, 77 e 78, respetivamente, 72,7% dos inquiridos considera que haverá um impacto positivo ao nível da acessibilidade dos doentes, 69,5% que haverá uma maior facilidade de abordagem e 71,9% que haverá uma maior disponibilização de informações. Estas variáveis têm sido utilizadas (CIE, 2013) para estudar o impacto da introdução da prescrição em diversos países, havendo alguns dados, como reportado no enquadramento teórico, que nos apontam para um efeito positivo, a favor da introdução da prescrição, ao abrigo destas 3 variáveis.

Tabela 76 – Impacto ao nível da acessibilidade

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	49	38,3
Concordo fortemente	44	34,4
Total	128	100,0

Tabela 77 – Impacto quanto à maior facilidade de abordagem

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	24	18,8
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	47	36,7
Total	128	100,0

Tabela 78 – Impacto quanto à maior disponibilização de informações

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	22	17,2
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	48	37,5
Total	128	100,0

^{LXII} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

5.3.2.4. Financiamento

No que respeita ao impacto do financiamento na introdução da prescrição por enfermeiros:

- 57,8%^{LXIII} (tabela 79) considera que a mesma permite obter maior valor pelo tempo despendido (dos enfermeiros), o que nos remete para a procura de eficiência no processo de prestação de cuidados, como referimos anteriormente;
- 68%^{LXIV} (tabela 80) concorda que o financiamento pode ser uma alavanca / mais-valia se compreender a existência de um sistema público de saúde que assegure a dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de saúde prescritos por enfermeiros;
- 71,8%^{LXV} (tabela 81) sustenta que a prescrição por enfermeiros poderá levar a um aumento do controlo dos custos associados ao desperdício.

Tabela 79 – Obter maior valor pelo tempo despendido

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	39	30,5
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	30	23,4
Total	128	100,0

Tabela 80 – Existência de um sistema público de saúde que assegure dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de saúde prescritos por enfermeiros

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	43	33,6
Total	128	100,0

^{LXIII} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{LXIV} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{LXV} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Tabela 81 – Aumento do controlo dos custos dos desperdícios

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	6	4,7
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	25	19,5
Concordo	51	39,8
Concordo fortemente	41	32,0
Total	128	100,0

5.3.2.5. Contexto social

Relativamente às variáveis de contexto social os dados obtidos dizem-nos que:

- 61%^{LXVI} (tabela 82) dos respondentes vêem as mudanças sociodemográficas como alavancas / mais-valias para a introdução da prescrição por enfermeiros (importará, futuramente, desenvolver em pormenor o porquê desta perceção, a fim de se aferir das necessidades em cuidados que são previstas como necessidades futuras e como se relacionam com a autoridade prescritora);
- 69,6%^{LXVII} (tabela 83) vê na expansão dos cuidados de saúde primários uma alavanca / mais-valia, o que está em linha com os dados vertidos na tabela 58 (necessidade de melhorar os cuidados na comunidade);
- 72,7%^{LXVIII} (tabela 84) considera a gestão da doença crónica uma alavanca / mais-valia para a introdução da prescrição por enfermeiros;
- 66,4%^{LXIX} (tabela 85) sustenta que a obtenção da autoridade prescritora derivará de um número insuficiente de prescritores capazes de lidar com o incremento das necessidades de saúde da comunidade.

Tabela 82 – Mudanças sociodemográficas

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	11	8,6
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	27	21,1
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	34	26,6
Total	128	100,0

^{LXVI} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{LXVII} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{LXVIII} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

^{LXIX} Apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Tabela 83 – Expansão dos Cuidados de Saúde Primários

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	55	43,0
Concordo fortemente	34	26,6
Total	128	100,0

Tabela 84 – Gestão da doença crónica

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	18	14,1
Concordo	45	35,2
Concordo fortemente	48	37,5
Total	128	100,0

Tabela 85 – Número insuficiente de prescritores capazes de lidar com o incremento das necessidades de saúde da comunidade

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	12	9,4
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	49	38,3
Concordo fortemente	36	28,1
Total	128	100,0

5.3.2.6. Resultados em saúde

A forma como os inquiridos vêem a melhoria dos resultados em saúde como alavanca / mais-valia da prescrição por enfermeiros está sintetizada na tabela 86^{LXX} (ordem decrescente do nível de concordância).

^{LXX} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Tabela 86 – Melhoria dos resultados em saúde como alavanca/mais-valia da prescrição por enfermeiros

Aumento da satisfação e procura de serviços especializados (tabela 91)	72,7%
Maior acessibilidade aos cuidados de saúde (tabela 92)	71,9%
Maior facilidade de acesso às prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde (tabela 94)	69,5%
Melhoria da relação custo-efetividade dos medicamentos (tabela 90)	68,7%
Maior integração dos cuidados (tabela 88)	68%
Maior adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos (tabela 89)	68%
Redução nas prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde (tabela 93)	60,2%
Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde por parte dos utentes imediatamente após a dispensa (tabela 87)	57%
Média	67%

O facto de apenas 57% (tabela 87) dos participantes no estudo considerar que o “aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde por parte dos utentes imediatamente após a dispensa” constitui uma alavanca / mais-valia no conjunto de variáveis que compõem a dimensão “resultados em saúde”, não deixa de suscitar alguma reflexão, na medida em que se apresenta como a variável com o nível de concordância mais baixo no âmbito desta dimensão, contrastando com alguma evidência bibliográfica internacional (CIE, 2013), que a releva como um fator preponderante para a implementação da prescrição por enfermeiros. Aliás, este resultado também contrasta com os 68% (ainda assim baixos, no contexto da dimensão “resultados em saúde”) da “maior adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos” (tabela 89).

Tabela 87 – Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde por parte dos utentes imediatamente após a dispensa

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	34	26,6
Concordo	46	35,9
Concordo fortemente	27	21,1
Total	128	100,0

Tabela 88 – Maior integração dos cuidados

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	22	17,2
Concordo	50	39,1
Concordo fortemente	37	28,9
Total	128	100,0

Tabela 89 – Maior adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	8	6,3
Discordo	12	9,4
Nem concordo nem discordo	21	16,4
Concordo	45	35,2
Concordo fortemente	42	32,8
Total	128	100,0

Os resultados da tabela 90 (68,7%) devem ser cruzados com os da tabela 81, que nos demonstrou que 71,8% dos inquiridos vê como alavanca / mais-valia da introdução da prescrição por enfermeiros o aumento do controlo dos custos com os desperdícios. Será relevante, futuramente, analisar como é que interpretam a sua intervenção no âmbito da melhoria da relação custo-efetividade dos medicamentos (considerando que têm estado, formalmente, arredados da sua prescrição) e como é que percebem a melhoria desta relação custo-efetividade com a diminuição dos desperdícios. Considerarão os inquiridos que os atuais padrões prescritivos são geradores de desperdícios na saúde e que a sua intervenção no sistema, como prescritores, irá contribuir para a alteração desses padrões? Se sim, antecipam-se desde já diversos conflitos interprofissionais.

Tabela 90 – Melhoria da relação custo-efetividade dos medicamentos

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	25	19,5
Concordo	46	35,9
Concordo fortemente	42	32,8
Total	128	100,0

A tabela 91, com uma concordância de 72,7%, deixa-nos antever uma clara associação entre a prestação de cuidados especializados e a prescrição como sua parte integrante,

sendo que, para os participantes no estudo, esta associação se traduzirá numa maior satisfação dos beneficiários destes cuidados, estabelecendo-se assim como uma alavanca / mais-valia.

Tabela 91 – Aumento da satisfação e procura de serviços especializados

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	7	5,5
Discordo	9	7,0
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	50	39,1
Concordo fortemente	43	33,6
Total	128	100,0

A maior acessibilidade aos cuidados de saúde (tabela 92) com um grau de concordância de 71,9% remete-nos, em linha com outros resultados já evidenciados, para uma otimização e ganho de eficiência no processo de produção de cuidados de saúde, tal como é evidenciado pelos 69,5% da tabela 94 (maior facilidade de acesso às prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde) e os 60,2% da tabela 93 (redução nas prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde). No entanto, os achados da tabela 93, tal como os da 81 e 90, poderão merecer um maior aprofundamento sobre o que determina tal perceção, na medida em que o alargamento do leque de prescritores só poderá representar uma redução nas prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde se houver alteração no padrão comportamental de outros profissionais prescritores, nomeadamente os médicos. Ora, tal alteração a acontecer, e resultando da entrada de um novo ator no domínio da prescrição, acarretará tensões que devem ser consideradas.

Tabela 92 – Maior acessibilidade aos cuidados de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	7	5,5
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	53	41,4
Concordo fortemente	39	30,5
Total	128	100,0

Tabela 93 – Redução nas prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	9	7,0
Discordo	13	10,2
Nem concordo nem discordo	29	22,7
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	33	25,8
Total	128	100,0

Tabela 94 – Maior facilidade de acesso às prescrições de fármacos e produtos de cuidados de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo fortemente	10	7,8
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	19	14,8
Concordo	43	33,6
Concordo fortemente	46	35,9
Total	128	100,0

5.3.2.7. Formativas e investigativas

Relativamente às alavancas / mais-valias de carácter formativo / investigativo (cujas tabelas podem ser consultadas no anexo 10), sem prejuízo da análise mais aprofundada realizada no subcapítulo 5.3.3, podem ser sintetizadas conforme apresentado na tabela 95^{LXXI} (por ordem decrescente do nível de concordância).

Tabela 95 - Alavancas/mais-valias de carácter formativo/investigativo

Aprendizagem baseada na evidência (tabela 128)	78,1%
Definição de requisitos e padrões para programas de ensino para enfermeiros com autoridade de prescrição (tabela 127)	76,6%
Introdução de um curso de prática certificada de medicação (tabela 126)	68%
Investigação sobre o papel dos enfermeiros com poderes prescritivos (tabela 130)	61,7%
Introdução do nível de mestrado para obtenção de autoridade prescritora (tabela 129)	37,5%
Média	64,38%

^{LXXI} Para os valores que iremos apresentar apenas considerámos as respostas “concordo” e “concordo fortemente”.

Destes resultados realçamos:

- A definição de requisitos e padrões para programas de ensino para enfermeiros com autoridade de prescrição, em linha com o que vimos ser a prática instituída na Irlanda, Reino Unido e Austrália (CIE, 2013), com aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos inquiridos a concordarem (tabela 127).
- A introdução de um curso de prática certificada de medicação (tabela 126), também em linha com o verificado na Irlanda, Reino Unido e Holanda (CIE, 2013).
- O facto de apenas 37,5% (tabela 129) considerar como alavanca / mais-valia a introdução do nível de mestrado para obtenção da autoridade prescritora, em contraciclo com o que constatámos no caso dos EUA (CIE, 2013).

5.3.3. Necessidades formativas

Em termos das necessidades formativas repartimos a avaliação das mesmas pelos 3 tipos de prescrição considerados pelo CIE (2013): autónoma, complementar e protocolada. As perguntas sobre necessidades formativas nas diferentes modalidades cingiram-se à prescrição de medicamentos, não se tendo feito igual análise para os meios complementares de diagnóstico, dispositivos clínicos, produtos de apoio e tratamentos, por inexistência de referências a estes focos de prescrição na bibliografia consultada. Efetivamente, quer a bibliografia do CIE usada para o presente trabalho quer os artigos consultados nas leituras exploratórias, colocam o foco da prescrição por enfermeiros no domínio dos medicamentos. Não deixando tal de ser, na nossa opinião, redutor, limitou a profundidade da análise que se poderia ter feito dos outros focos de prescrição. Porém, considerando a abordagem adotada para a elaboração do questionário, esta foi uma limitação que aceitámos à partida.

Utilizando para cada uma a referência às mesmas disciplinas, procurámos avaliar em que medida a mudança de perfil prescritivo influencia as necessidades formativas percebidas por disciplina. Chegámos, assim, às tabelas 96 e 97, bem como aos gráficos 2, 3 e 4, que procedem a uma síntese dos achados nesta matéria^{LXXII LXXIII}. Procurámos, assim, dar

^{LXXII} Para a análise dos dados referentes às necessidades formativas plasmadas na tabela 97 apenas considerámos os graus de formação “elevado” e “muito elevado”, de entre os inquiridos que responderam “sim”.

^{LXXIII} As tabelas referentes a cada tipo de prescrição e respetivas disciplinas podem ser consultadas no anexo 12.

resposta a 3 das nossas hipóteses^{LXXIV} de investigação relativamente ao impacto da formação na introdução da prescrição por enfermeiros.

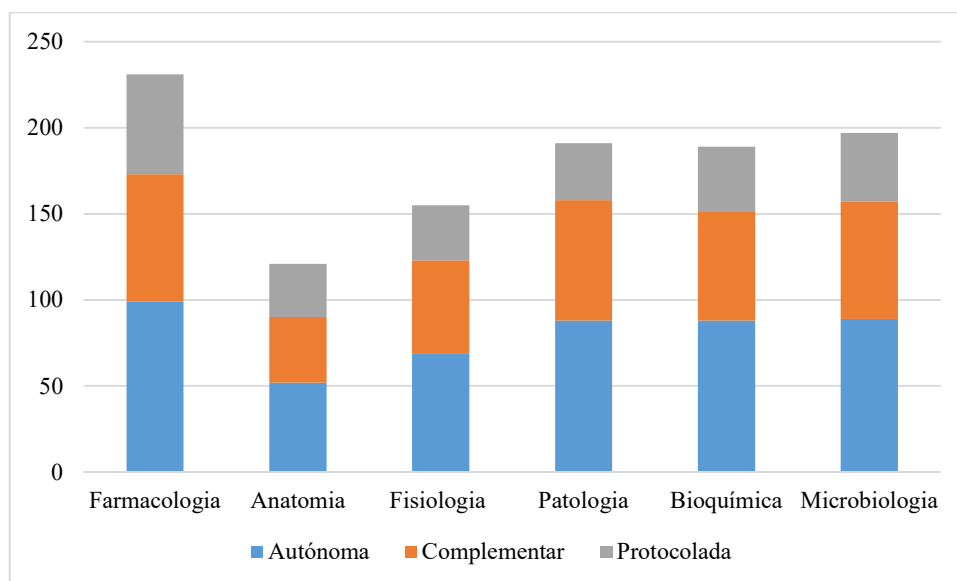
Tabela 96 – Necessidades formativas em função do tipo de prescrição

	Autónoma		Complementar		Protocolada	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Farmacologia	77,3% (n=99)	22,7% (n=29)	57,8% (n=74)	42,2% (n=54)	45,3% (n=58)	54,7% (n=70)
Anatomia	40,6% (n=52)	59,4% (n=76)	29,7% (n=38)	70,3% (n=90)	24,2% (n=31)	75,8% (n=97)
Fisiologia	53,9% (n=69)	46,1% (n=59)	42,2% (n=54)	57,8% (n=74)	25% (n=32)	75% (n=96)
Patologia	68,8% (n=88)	31,2% (n=40)	54,7% (n=70)	45,3% (n=58)	25,8% (n=33)	74,2% (n=95)
Bioquímica	68,8% (n=88)	31,2% (n=40)	49,2% (n=63)	50,8% (n=65)	29,7% (n=38)	70,3% (n=90)
Microbiologia	69,5% (n=89)	30,5% (n=39)	53,1% (n=68)	46,9% (n=60)	31,3% (n=40)	68,8% (n=88)

Como se pode constatar pelo gráfico 9 é a área da farmacologia que reúne as maiores necessidades de formação, seguida pela microbiologia e patologia. Perante estes resultados somos levados a considerar que os inquiridos perspetivaram a prescrição numa lógica essencialmente farmacológica e com o intuito de tratar doenças, o que não deixa de merecer alguma reflexão à luz do enquadramento teórico sobre a natureza do cuidar em enfermagem que desenvolvemos no subcapítulo 1.3.2.

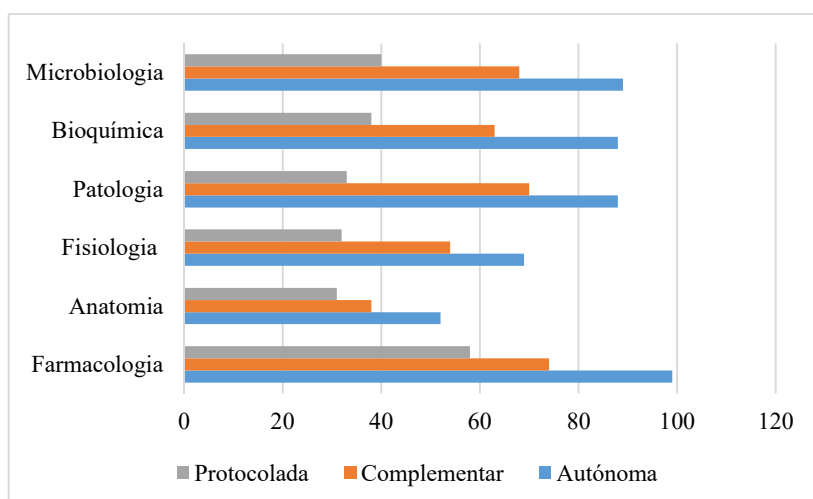
^{LXXIV}H7 – Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos de forma independente. H8 - Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade complementar. H9 - Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade protocolada.

Gráfico 2 - Necessidades formativas



Em termos da variação das necessidades formativas em função do tipo de prescrição, o gráfico 3 é explícito a demonstrar que a modalidade autônoma é aquela que recolhe as maiores necessidades sentidas, seguida pela complementar e pela protocolada. Estes resultados estão alinhados com a noção existente de que quanto maior a autonomia no exercício de funções maior a necessidade de certeza quanto aos conhecimentos mobilizados, a fim de sustentar a responsabilidade associada às decisões tomadas.

Gráfico 3 - Necessidades formativas



Procurou-se também avaliar se havia alguma associação entre as necessidades formativas por disciplina e o tipo de prescrição, aplicando-se o teste de Qui-Quadrado. Obteve-se

$X^2_{(10)} = 5,767$, $p = 0,05$, o que nos levou a aceitar a hipótese nula, ou seja, as variáveis são independentes, não havendo associação entre as mesmas.

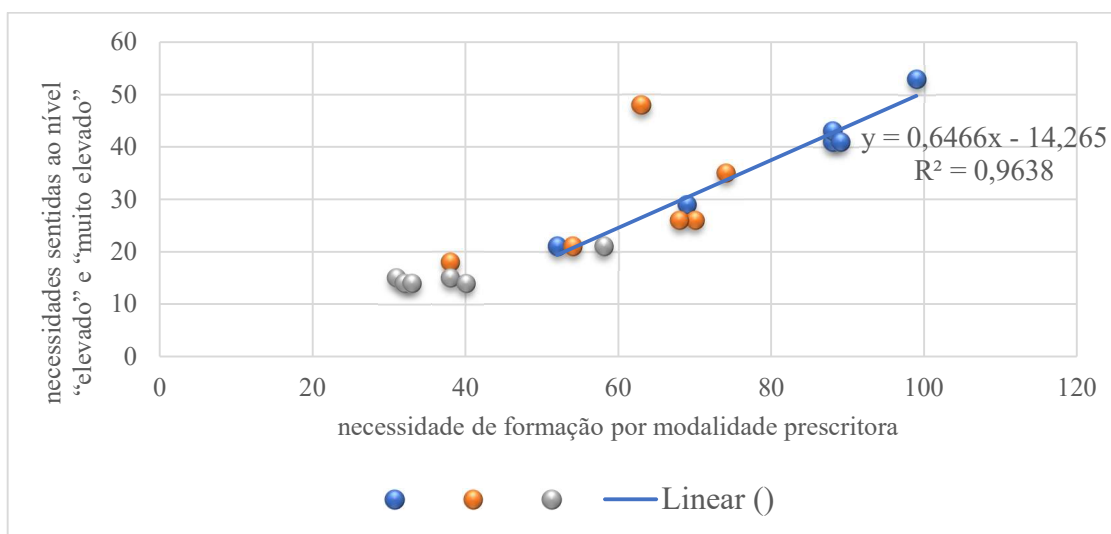
Como referido, avaliámos também as necessidades sentidas ao nível “elevado” e “muito elevado” por disciplina em função do tipo de prescrição, cujos resultados estão sintetizados na tabela 97.

Tabela 97 – Necessidades sentidas ao nível “elevado” e “muito elevado” em função do tipo de prescrição

	Autónoma	Complementar	Protocolada
Farmacologia	53,5% (n=53)	47,3% (n=35)	36,2% (n=21)
Anatomia	40,4% (n=21)	47,4% (n=18)	48,4% (n=15)
Fisiologia	42% (n=29)	53,9% (n=21)	43,8% (n=14)
Patologia	78,4% (n=41)	37,1% (n=26)	42,5% (n=14)
Bioquímica	48,8% (n=43)	42,9% (n=48)	39,5% (n=15)
Microbiologia	46,1% (n=41)	38,5% (n=26)	35% (n=14)

Uma análise (gráfico 4) da relação entre a existência de necessidades formativas (nas várias disciplinas) e a preponderância do nível “elevado” e “muito elevado”, dentro de cada uma dessas necessidades, por modalidade prescritora (autónoma – azul, complementar – laranja, protocolada – cinzento), revela-nos uma forte associação ($R^2 = 0,9638$) entre o número de indivíduos que afirmam sentir necessidade de formação e, entre estes, aqueles que identificam necessidades elevadas e muito elevadas. Na linha do já constatado no gráfico 3, quanto maior a independência do ato prescritor, maior a necessidade sentida de formação de nível elevado e muito elevado.

Gráfico 4 - Relação entre necessidades formativas por modalidade prescritora e nível "elevado"/"muito elevado"



5.3.4. Percepção da autonomia prescritora

No que toca à percepção da autonomia prescritora procurámos avaliar:

- Se os EER já tinham tomado a decisão (informal) de decidir sobre tratamentos medicamentosos ou atitudes terapêuticas sem prévia prescrição médica^{LXXV};
- Qual a amplitude de conhecimentos que consideram deter para prescrever cuidados especializados, MCDT, dispositivos clínicos, produtos de apoio, terapêutica farmacológica e tratamentos em função da complexidade das situações (sempre na sua área de competências, conforme normativo constante do Regulamento n.º 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República de 18 de Fevereiro 2011)^{LXXVI};

^{LXXV} De forma a poder responder à hipótese de investigação H10 (Os EER já prescrevem informalmente, ou sejam, já decidem sobre tratamentos, medicamentosos ou não, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico).

^{LXXVI} De forma a responder às hipóteses de investigação H12, H13, H14, H15, H16 e H17, designadamente:

- H12 – Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever cuidados especializados (i.e. exercícios físicos), aos utentes e aos enfermeiros de cuidados gerais, na lógica da continuidade dos cuidados.
- H13 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever meios complementares de diagnóstico com vista à formulação de diagnósticos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.
- H14 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever dispositivos clínicos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

- Se sentem necessidade de se suportar em NOC que associem focos de intervenção às respectivas prescrições, de forma a legitimá-las formalmente^{LXXVII}.

Quanto à decisão informal de decidir sobre tratamentos medicamentosos ou atitudes terapêuticas sem prévia prescrição médica (tabelas 98 e 99) 90,6% dos EER afirmam que já o fizeram, sendo que destes, 44% o fazem pelo menos uma vez por dia e 75,9% pelo menos duas vezes por semana.

Tabela 98 – Decisão informal sobre tratamentos medicamentosos sem prescrição médica prévia

Respostas	Frequência	%
Não	12	9,4
Sim	116	90,6
Total	128	100,0

Tabela 99 – Respostas sim: Periodicidade

Periodicidade de prescrição	Frequência	%
1 vez por mês	9	7,8
1 vez por semana	19	16,4
2 vezes por semana	37	31,9
1 vez dia	30	25,9
>1 vez dia	21	18,1
Total	116	100,0

Quanto à amplitude dos conhecimentos necessários à prescrição de cuidados especializados, MCDT, dispositivos clínicos, produtos de apoio, terapêutica farmacológica ou tratamentos em função da complexidade das situações, os resultados são os que se apresentam abaixo (tabela 100) e que resultam da síntese dos dados constantes das tabelas 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141 e 142 (constantes do anexo 11). Decidiu-se dar relevo, para efeitos de avaliação da amplitude

- H15 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever produtos de apoio respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.
- H16 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever terapêutica farmacológica no âmbito de focos compatíveis com o seu perfil de competências.
- H17 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever tratamentos (i.e. realização de pensos, realização de imobilizações, realização de talas gessadas) respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

^{LXXVII} De forma a responder à hipótese de investigação H18 (Os EER consideram que é necessário elaborar normas de orientação clínica que associem focos de intervenção com as respetivas prescrições, de forma a legitimá-las).

de conhecimentos, àqueles que afirmaram deter os conhecimentos necessários para situações normais, complexas e muito complexas^{LXXVIII}.

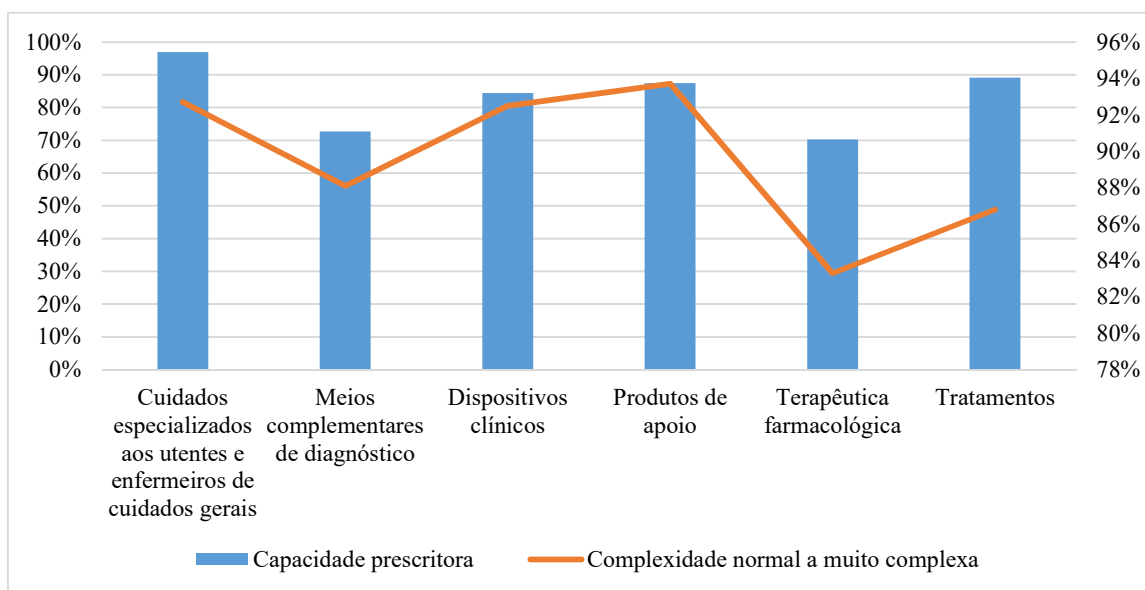
Tabela 100 – Percentagem de EER que afirmam deter conhecimentos para prescrever em situações normais, complexas e muito complexas

Objeto de prescrição	Capacidade prescritora	Complexidade normal a muito complexa
Cuidados especializados aos utentes e enfermeiros de cuidados gerais	96,9%	92,7%
De meios complementares de diagnóstico	72,7%	88,1%
Dispositivos clínicos	84,4%	92,5%
Produtos de apoio	87,5%	93,7%
Terapêutica farmacológica	70,3%	83,3%
Tratamentos	89,10%	86,8%

Da tabela 100 e do gráfico 5 podemos inferir que as áreas onde os EER se sentem mais à-vontade para prescrever é no âmbito dos “cuidados especializados aos utentes e enfermeiros de cuidados gerais” e dos “tratamentos”, embora seja dentro dos “produtos de apoio” que aparece o maior número de EER que se considera com amplitude de conhecimentos para intervir nas situações normais a muito complexas.

^{LXXVIII} Em estudos posteriores será interessante realizar uma caracterização desta tipologia de situações, dado que, ao ser inexistente para o presente estudo, ficou ao arbítrio de cada inquirido a caracterização de cada nível de complexidade, que por seu lado está sujeita a múltiplas condicionantes.

Gráfico 5 - Capacidade prescritora percebida pelos EER



Quanto à necessidade de se suportar em NOC que associem focos de intervenção às respetivas prescrições, de forma a legitimá-las formalmente, 91,4% dos EER demonstram essa necessidade, sendo que desses, 74,3% consideram que as NOC devem cobrir todas as situações clínicas desde as simples às normais e 25,7% consideram que as NOC apenas se deveriam dirigir às situações complexas e muito complexas. Ou seja, cerca de $\frac{3}{4}$ dos participantes no estudo advoga que as NOC deverão conferir uma liberdade limitada de juízo clínico ao enfermeiro.

Tabela 101 – Necessidade de elaborar NOC que associem focos com prescrições visando a sua legitimação

Respostas	Frequência	%
Não	11	8,6
Sim	117	91,4
Total	128	100,0

Tabela 102 – Amplitude de cobertura das NOC

Amplitude de cobertura	Frequência	%
Nenhum	9	7,7
Baixo	21	17,9
Moderado	39	33,3
Alto	35	29,9
Elevado	13	11,1
Total	117	100,0

6. Discussão dos resultados

Debrucemo-nos agora sobre cada uma das 18 hipóteses inicialmente colocadas, à luz dos resultados obtidos.

1) Obstáculos

H1 – Os obstáculos que os EER identificam para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal são sobreponíveis aos identificados em outros estudos sobre o fenómeno.

Concluimos que os obstáculos identificados no enquadramento teórico são sobreponíveis aos identificados no nosso estudo, com destaque para os relacionados com a influência dos outros grupos profissionais, a necessidade de formação específica na área, os instrumentos regulatórios de apoio à prescrição e os de carácter organizacional. Encontrámos também outras especificidades na nossa amostra, pelo que se justifica visitar alguns dos nossos achados:

- 72% dos inquiridos atribui aquilo que podemos considerar como um elevado peso aos obstáculos legislativos / governamentais enquanto força opositora à implementação da prescrição por enfermeiros.
- Quer os médicos quer os farmacêuticos, seja a título individual ou como grupo, recolhem uma maior perceção como obstáculo à implementação da prescrição pelos enfermeiros do que como alavanca / mais-valia.
- As profissões médica e farmacêutica são vistas como um obstáculo maior à prescrição por enfermeiros enquanto coletivo do que a título individual e existe uma perceção superior, em média de 27,3%, quanto à “força” da profissão médica vs. a “força” da profissão farmacêutica como obstáculo.
- A média dos obstáculos externos foi de 62,9%, enquanto que a dos internos foi de 29,93%, o que nos leva a inferir que os obstáculos externos apresentam um peso aproximadamente 2 vezes superior aos internos. Portanto, os enfermeiros consideram, aproximadamente, que os obstáculos externos à profissão para a obtenção de autoridade prescritora representam o dobro da “força de bloqueio” do que os internos.

H2 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a perceção dos obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros.

Os enfermeiros especialistas em reabilitação a exercer cuidados gerais atribuem maior preponderância aos obstáculos organizacionais do que aqueles que exercem cuidados especializados.

O tipo de funções que se exerce (enfermeiro especialista a exercer como especialista vs. enfermeiro especialista a exercer cuidados gerais) e as seguintes variáveis da dimensão “obstáculos” estão relacionadas:

- Médicos como obstáculo externo, de forma individual;
- Ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar;
- Escassez de enfermeiros formadores experientes em prescrição.

H3 – O local de trabalho influencia a perceção que se tem dos obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros.

O local de trabalho teve um efeito estatisticamente significativo sobre a perceção de obstáculos legislativos / governativos.

2) Alavancas/mais-valias

H4 – As alavancas / mais-valias que os EER identificam para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal são sobreponíveis às identificadas em outros estudos sobre o fenómeno.

As alavancas / mais-valias consideradas como mais relevantes pelos EER para a formalização da prescrição por enfermeiros em Portugal acompanham os achados nesta matéria noutros estudos^{LXXIX}, nomeadamente no que respeita às alavancas de carácter nacional (legislação que confira autoridade de prescrição de medicamentos e ajudas técnicas, apoio governamental e revisão da legislação sobre medicação), às internas à profissão (elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição, implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo, elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição e existência de um órgão profissional regulador autónomo emissor de certificados de práticas profissionais anuais)

^{LXXIX} CIE (2013), Courtenay & Gordon (2009), McPake & Mensah (2008) e Kroezena *et. al.* (2012).

e às organizacionais (necessidade de melhorar os cuidados na comunidade, uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros, introdução de linhas de orientação clínica baseada na evidência, introdução de políticas organizacionais de prática colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde, existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de fármacos autorizados, introdução de instrumentos de apoio á decisão e introdução de políticas organizacionais de tutoria).

Embora o apoio dos médicos e dos farmacêuticos, tando a nível individual como coletivo (tabela 55), tenha tido uma cotação inferior ao dos gestores e dos doentes, importa sublinhar que na evidência internacional sobre esta matéria (CIE, 2013) este apoio também foi reduzido mas revelou-se vital para o sucesso das mudanças, especialmente ao nível dos médicos.

Relativamente às alavancas / mais-valias de carácter formativo / investigativo há a destacar a pouca relevância atribuída à introdução do nível de mestrado para obtenção da autoridade prescritora, na medida em que em alguns dos países onde se operou esta mudança optou-se por fazer acompanhar a obtenção da autoridade prescritora com a evolução do estatuto académico dos seus detentores^{LXXX}.

H5 – O local de trabalho influencia a perceção que se tem das alavancas/mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros.

O grupo de profissionais do ensino é o que apresenta diferenças estatísticas mais significativas entre os 3 analisados (ensino, hospital e cuidados de saúde primários) no respeitante à relevância das alavancas / mais-valias, atribuindo-lhe sistematicamente uma relevância mais baixa do que os outros.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas quanto à perceção das alavancas / mais-valias em função do local de trabalho nas seguintes dimensões:

- Apoio governamental à introdução da prescrição por enfermeiros;
- Existência de uma lei que confira autoridade aos enfermeiros para prescrever medicamentos e produtos de cuidados de saúde;
- Necessidade de melhorar o estatuto profissional em função da legitimação do seu trabalho;
- Elaboração de padrões da prática orientados para a prescrição;

^{LXXX} Dunn (1997), Woods (1997), Sheer & Wong (2008) e Kroezena *et. al.* (2012).

- Consciencialização da atual subutilização das competências dos enfermeiros;
- Apoio dos sindicatos para a introdução da prescrição por enfermeiros;
- Mudanças organizacionais:
 - Orientadas para a melhoria dos cuidados na comunidade;
 - Orientadas para o uso efetivo das aptidões dos enfermeiros;
 - Que promovam uma maior duração / regularidade do contacto dos utentes com os enfermeiros;
- Maior obtenção de valor pelo dinheiro despendido nos cuidados de saúde;
- Expansão de algumas áreas dos CSP;
- Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde pelos doentes imediatamente após a dispensa;
- Maior integração de cuidados;
- Melhoria do custo-efetividade dos medicamentos;
- Acesso mais rápido às prescrições de medicamentos e produtos de saúde.

3) Formação

Relativamente às necessidades formativas, ficou explícito na análise aos obstáculos que a ausência do devido suporte em formação e investigação constitui a segunda maior dificuldade percebida pelos EER à implementação da prescrição por estes, logo seguida pela oposição das profissões médica e farmacêutica e pela escassez de enfermeiros, sendo apenas precedida pelos obstáculos legislativos / governamentais. Obtivemos ainda uma forte associação ($R^2 = 0,9638$) entre o número de indivíduos que afirmam sentir necessidade de formação e, entre estes, aqueles que identificam necessidades elevadas e muito elevadas.

H6 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e as necessidades formativas percebidas.

Apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os EER que afirmaram estar na prestação de cuidados gerais em contraponto aos que afirmaram estar na prestação de cuidados especializados no domínio da necessidade de formação em patologia para prescrever em complementaridade.

H7 – Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos de forma independente.

Sim, aliás, é a disciplina onde referem sentir mais necessidade, de todas as avaliadas, sendo que a percentagem dos que referem essa necessidade aumenta proporcionalmente ao nível de autonomia na prescrição, ou seja, quanto maior for a autonomia do modelo de prescrição adotado, maior a necessidade de formação em farmacologia sentida, o que nos deixa pistas a serem exploradas posteriormente sobre a adequada perceção por parte dos EER sobre o que significa cada tipologia de prescrição. Na bibliografia consultada foram comuns as referências às questões da ética e da responsabilidade profissional em função do modelo de prescrição adotado.

H8 - Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade complementar.

Como referido para a hipótese anterior, a área da farmacologia é a que reúne as maiores necessidades de formação em qualquer tipo de modalidade prescritora. Quando a questão é relativa ao grau da necessidade formativa, designadamente “muito elevado” e “elevado”, na modalidade complementar, a formação em farmacologia aparece na 3ª posição, sendo suplantada pela fisiologia e anatomia.

H9 - Os EER consideram que precisam de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade protocolada.

Como referido nas duas hipóteses anteriores, a formação na área da farmacologia é aquela onde a necessidade foi mais vincada para qualquer uma das modalidades de prescrição, embora, à medida que vamos descendo no grau de autonomia prescritiva, as necessidades expressas em termos de graus “muito elevado” e “elevado” também diminuam (53,5%, 47,3% e 36,2%, respetivamente). Este padrão também se observa para as áreas da bioquímica e microbiologia.

4) Formalismo vs. Informalismo da prescrição

H10 – Os EER já prescrevem informalmente, ou sejam, já decidem sobre tratamentos, medicamentosos ou não, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico.

Sim. 90,6% dos EER afirmaram que já o tinham feito, sendo que destes, 44% o fazem pelo menos uma vez por dia e 75,9% pelo menos duas vezes por semana.

5) Autoridade para prescrever

H11 - Há diferenças entre o tipo de funções que se exerce (a exercer como generalista vs. a exercer como especialista) e a percepção de autonomia prescritora.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os EER que afirmaram estar na prestação de cuidados gerais face aos que afirmaram estar na prestação de cuidados especializados no domínio da percepção de autonomia prescritora, designadamente nas seguintes áreas:

- Prescrição de dispositivos clínicos relativos a focos compatíveis com o seu perfil de competências;
- Prescrição de meios complementares de diagnóstico necessários à elaboração de diagnósticos na sua área de competências;
- Prescrição de terapêutica farmacológica enquadrada na sua área de competências.

Deste conjunto de evidências ressalta a importância dos EER estarem a exercer a sua área de especialidade de forma a consolidar os conhecimentos e competências próprios desta, colocando-os ao serviço dos utentes de que cuidam. O contrário constituirá um óbvio desperdício não só em termos económicos como em termos da *legis artis*.

H12 – Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever cuidados especializados (i.e. exercícios físicos), aos utentes e aos enfermeiros de cuidados gerais, na lógica da continuidade dos cuidados.

96,9% dos inquiridos consideram que sim, sendo que as áreas onde os EER se sentem mais à-vontade para prescrever é no âmbito dos “cuidados especializados aos utentes e enfermeiros de cuidados gerais” e dos “tratamentos”, embora seja dentro dos “produtos de apoio” que aparece o maior número de EER que se considera com amplitude de conhecimentos suficiente para intervir nas situações normais a muito complexas.

H13 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever meios complementares de diagnóstico com vista à formulação de diagnósticos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

Sim, 72,7% dos inquiridos responderam que consideram deter os conhecimentos necessários à prescrição de meios complementares de diagnóstico com vista à formulação de diagnósticos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências, sendo que, destes, 88,1% considera deter os conhecimentos necessários para atuar nas situações normais, complexas e muito complexas.

H14 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever dispositivos clínicos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

Sim, 84,4% dos inquiridos considera deter os conhecimentos necessários para prescrever dispositivos clínicos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências, sendo que, destes, 92,5% considera deter os conhecimentos necessários para atuar nas situações normais, complexas e muito complexas.

H15 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever produtos de apoio respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

Sim, 87,5% dos inquiridos considera deter os conhecimentos necessários para prescrever produtos de apoio respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências, sendo que, destes, 93,7% considera deter os conhecimentos necessários para atuar nas situações normais, complexas e muito complexas.

H16 - Os EER consideram que não detêm conhecimentos suficientes para prescrever terapêutica farmacológica ainda que no âmbito de focos compatíveis com o seu perfil de competências.

Sim, 70,3% dos inquiridos considera deter os conhecimentos necessários para prescrever terapêutica farmacológica no âmbito de focos compatíveis com o seu perfil de competências. Destes, 83,3% considera deter os conhecimentos necessários para atuar nas situações normais, complexas e muito complexas.

H17 - Os EER consideram que detêm conhecimentos suficientes para prescrever tratamentos (i.e. realização de pensos, realização de imobilizações, realização de talas gessadas) respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências.

Sim, 89,1% dos inquiridos considera deter os conhecimentos necessários para prescrever tratamentos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências. Destes, 86,8% considera deter os conhecimentos necessários para atuar nas situações normais, complexas e muito complexas.

H18 - Os EER consideram que é necessário elaborar normas de orientação clínica que associem focos de intervenção com as respetivas prescrições, de forma a legitimá-las.

Sim, na medida em que 91,4% dos EER que participaram no estudo demonstraram essa necessidade. No entanto, desses, 74,3% consideraram que as NOC devem cobrir todas as

situações clínicas desde as simples até às normais e 25,7% consideraram que as NOC apenas se deveriam dirigir às situações complexas e muito complexas. Ou seja, cerca de $\frac{3}{4}$ dos inquiridos advogam que as NOC deverão conferir uma liberdade limitada de juízo clínico ao enfermeiro.

7. Conclusões finais e perspectivas futuras

Perante os resultados apurados, somos levados a destacar os seguintes achados, cuja relevância nos parece merecedora de destaque:

- O financiamento dos cuidados constantes da tabela de MCDT em vigor^{LXXXI}, em função da prescrição por EER, contribuiria para a consolidação cultural da autoridade prescritora dos enfermeiros.
- O grupo de enfermeiros dos hospitais atribuiu maior relevância ao facto da prescrição por enfermeiros poder resultar numa melhoria dos cuidados na comunidade do que o próprio grupo de enfermeiros dos CSP.
- Embora a vontade política tenha um maior peso enquanto obstáculo do que como alavanca / mais-valia, no que toca à produção legislativa a relação inverte-se, ganhando esta maior relevância como alavanca / mais-valia do que como obstáculo. Tal poder-nos-á indicar que, no entendimento dos participantes no estudo, a introdução da prescrição por enfermeiros passará mais por uma iniciativa legislativa da Assembleia da República do que por uma iniciativa governamental.
- Comparando as concordâncias médias relativamente às alavancas / mais-valias internas e externas à profissão (tabelas 54 e 55), respetivamente 65,69% e 53,7%, conclui-se que as internas apresentam maior relevância do que as externas. Se considerarmos a comparação similar que se fez para os obstáculos, onde se concluiu que os obstáculos externos reuniam uma concordância média de 62,9% e os internos de 29,93%, somos levados a deduzir que embora os principais obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros sejam externos à profissão, a efetivação da mesma passa pela mobilização dos seus recursos internos.
- 75% dos inquiridos consideram que a existência de políticas de qualidade, com a respetiva emanação de linhas de orientação clínica, a melhoria dos cuidados na comunidade e uma melhor utilização das aptidões dos enfermeiros constituem alavancas / mais-valias, do ponto de vista organizacional, para a introdução da prescrição por EER.
- A maioria dos inquiridos considera que a introdução da prescrição por EER resultará num impacto positivo ao nível da acessibilidade dos doentes aos

^{LXXXI} Cf. Portaria n.º 234/2015 de 7 de Agosto.

tratamentos, aumentando a facilidade de abordagem e a disponibilização de informações sobre os mesmos.

Quanto a estudos, desenvolvimentos futuros e questões que no nosso entender ficaram por esclarecer, elencaríamos os seguintes:

- Perante os resultados que obtivemos com o nosso estudo, questionamo-nos se porventura os inquiridos viram a prescrição única e exclusivamente como farmacológica, não obstante o enquadramento proporcionado na introdução do questionário. Entre as evidências que nos levam a colocar esta questão estão o facto de terem dado tanta relevância aos médicos e farmacêuticos como obstáculos (ou será que também os consideram como obstáculos à prescrição de cuidados de enfermagem?) e as necessidades formativas expressas como mais relevantes.
- Explorar em maior profundidade quais os momentos do processo produtivo dos enfermeiros que se encontram prejudicados pela ausência da prerrogativa de prescreverem e de que forma esse prejuízo se repercute para os utentes e para o sistema de saúde.
- Considerando que 61% (tabela 82) dos respondentes vêm as mudanças sociodemográficas como alavancas / mais-valias para a introdução da prescrição por enfermeiros, consideramos que importará, futuramente, desenvolver em pormenor o porquê desta perceção, a fim de se aferir das necessidades em cuidados que são previstas como necessidades futuras e como se relacionam com a autoridade prescritora.
- O facto de apenas 57% (tabela 87) dos inquiridos considerar que o “aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde por parte dos utentes imediatamente após a dispensa” constitui uma alavanca / mais-valia no conjunto de variáveis que compõem a dimensão “resultados em saúde” não deixa de suscitar alguma reflexão, na medida em que se apresenta como a variável com o nível de concordância mais baixo no âmbito desta dimensão, contrastando com alguma evidência bibliográfica internacional (CIE, 2013), que a releva como um fator preponderante para a implementação da prescrição por enfermeiros.
- A existência de diferenças de percepções quanto a obstáculos e alavancas / mais – valias em função do local de trabalho e da função que se desempenha justifica uma análise mais aprofundada das mesmas antes de se avançar com uma

abordagem global à prescrição por enfermeiros, a fim de se evitar vieses aquando do alargamento da amostra noutros estudos que se debrucem sobre o mesmo objeto.

Referências bibliográficas

1. Abreu, W. (2001), *Identidade, Formação e Trabalho*, Educa, Lisboa.
2. Albarello, L.; et al (2005) *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Gradiva, Lisboa.
3. Alves, S. (2012) *Contributos das medicinas alternativas na prestação de cuidados de enfermagem*, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
4. Alvim, T.; Ferreira, A.; Cabral, E.; Almeida, A. (2006) O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira, *Rev Latino-am Enfermagem* 14 (3).
5. Andrade, R.; Pedrão, L. (2005) Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelos enfermeiros na assistência de enfermagem psiquiátrica, *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (5), 737-42.
6. Assembleia da República (2001) *Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio*, Diário da República, n.º 124, 1.ª série, Portugal.
7. Assembleia da República (2003) *Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto*, Diário da República, n.º 168, 1.ª série, Portugal.
8. Assembleia da República (2009) *Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*, Diário da República, n.º 180, 1ª Série, Portugal.
9. Assembleia da República (2013) *Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro*, Diário da República, n.º 168, 1.ª série, Portugal.
10. Assembleia da República (2015) *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*, Diário da República, n.º 181, 1ª Série, Portugal.
11. Association of Rehabilitation Nurses (2006) *Inclusion of Rehabilitation Concepts as a Component of Generic Content in BSN Programs*, USA.
12. Association of Rehabilitation Nurses (2007) *Role of the nurse in the Rehabilitation Team*, USA.
13. Bardin, L. (2006) *Análise de Conteúdo*, Editora, Lisboa.
14. Benner, P. (2001) *De iniciado a perito*, edições Quarteto, Coimbra.
15. Bento, M. (1997), *Enfermagem: que identidade?*, Lisboa, Fim de Século.
16. Canadian Nurses Association (2005) *Rehabilitation nursing certification exam prep guide*, Canada.

17. CNPI (Canadian Nurse Practitioner Initiative) (2006) *Nurse practitioners: The time is now*, Ottawa
18. Collière, M. (2003), *Cuidar...A primeira arte da vida*, Loures, Lusociência.
19. Courtenay, M.; Gordon, J. (2009) A survey of therapy areas in which nurses prescribe and CPD needs, *Nurse Prescribing*, 7 (6).
20. Dubar, C. (1997), *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*, Porto, Porto Editora.
21. Dunn, L. (1997) Conceptualizing advanced nursing practice: curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 814-819.
22. Encontro dos órgãos sociais da Ordem dos Enfermeiros (2009) Peniche.
23. Gageiro, J.; Pestana, M. (2003) *Análise de dados para ciências sociais a complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo, Lisboa.
24. Gavin, R.; Oliveira, M.; Gherardi-Donato, E. (2010) Terapias alternativas complementares: uma visão do conhecimento dos académicos de enfermagem, *Cienc Cuid Saude*, 9 (4),760-765.
25. Gomes, B.; Fernandes, M.; Menaia, M.; Moreira, R. (2010) Recensão crítica do artigo – A framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia, *Revista Portuguesa de Enfermagem* 20.
26. Hawkey, B.; Williams, J. (2007) *Role of the rehabilitation nurse*, Royal College of Nursing, London, 2007.
27. Hesbeen, W. (2000), *Cuidar neste mundo*, Loures, Lusociência.
28. Hesbeen, W. (2000), *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*, Loures, Lusociência
29. Honoré, B. (2001), *Cuidar*, Loures, Lusociência.
30. <http://icn-apnetwork.org/> - consultado a 3.2.14
31. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01612840802129269> - consultado a 30.4.14
32. <http://international.aanp.org/pdf/ICNNPAPNNetworkUpdateOfUSAandAPN.pdf> - consultado a 3.2.14
33. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT – consultado a 10.7.2016

34. <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/Convencionados/tabid/143/language/pt-PT/Default.aspx> - consultado a 22.7.15
35. <http://www.carpa.org.au/drupal/node/15> - consultado a 23.7.15
36. <http://www.ccnurca.eu/> - consultado a 24.7.15
37. <http://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/ordem-dos-medicos-recorre-ao-tribunal-contra-enfermeiros> – consultado a 1.5.15
38. <http://www.ens4care.eu/> - consultado a 10.3.14
39. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/LOCAIS_DE_VENDA_MNSRM/LISTA_DE_MNSRM - consultado a 4.4.2014
40. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AUTORIZACAO_DE_INTRODUCAO_NO_MERCADO/GASES_MEDICINAIS/Delib_056_CD_20080001.pdf - consultado a 4.4.2014
41. <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal> - consultado a 20.7.2015
42. <http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/estdescr.pdf> - consultado a 12.5.16
43. http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1775949&page=-1 - consultado a 4.4.2014
44. http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1775949&page=-1 - consultado a 4.4.2014
45. <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf> - - consultado a 4.4.2014
46. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf - consultado a 4.4.2014
47. <http://www.oipm.uc.pt/interacoes/index.php?target=list> - consultado a 4.4.2014
48. <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf> - consultado a 10.6.2014
49. <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/doentes-continuam-a-esperar-quatro-meses-por-uma-consulta-hospitalar-1624413> - consultado a 10.6.2014
50. <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ha-acionamento-no-acesso-a-cuidados-para-idosos-e-dependentes-1602391> - consultado a 10.6.14
51. <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/hospitais-publicos-fizeram-menos-44-milhoes-de-analises-e-exames-de-diagnostico-em-dois-anos-1631004#/0> - consultado a 11.4.14
52. <http://www.rehabnurse.org/pubs/role/index.html> - consultado a 9.10.15

53. <https://www.ers.pt/pages/226> - consultado a 10.11.2015
54. ICN (2013) *Tendências e questões da Enfermagem: Implementação da prescrição pelos enfermeiros*, Genebra.
55. Infarmed (2008) *Deliberação n.º 56/2008 do Conselho Diretivo do Infarmed*, Portugal.
56. Infarmed (2013) *Deliberação n.º 690/2013 do Conselho Diretivo do Infarmed*, Portugal.
57. INR (2013) *Avaliação da atribuição dos produtos de apoio – relatório 2013*, Portugal.
58. Kroezena, M.; Francke, A.; Groenewegen, P.; Dijkstra, L. (2012) Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control, *International Journal of Nursing Studies*, 49 (8), 1002-1012.
59. Maroco, J.; Garcia-Marques, T. (2006) Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?, *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
60. Martins, A. (2004) Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova conceção de saúde, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8 (14), p.21-32.
61. McPake, B., Mensah K. (2008) Task shifting in health care in resource-poor countries, *Lancet*, Sep 13; 372 (9642), 870-1.
62. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2011) *Despacho n.º 9186/2011 de 21 de Julho*, Diário da República, n.º 139, 2ª Série, Portugal.
63. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2013) *Despacho n.º 9309/2013 de 16 de Julho*, Diário da República, n.º 135, 2ª Série, Portugal.
64. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2012) *Despacho n.º 15700/2012 de 30 de Novembro*, Diário da República, n.º 238, 2ª Série, Portugal.
65. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2013) *Despacho n.º 2061-C/2013 de 1 de Fevereiro*, Diário da República, n.º 24, 2ª Série, Portugal.
66. Ministério da Saúde (1996) *Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*, Diário da República, n.º 205, 1ª Série, Portugal.
67. Ministério da Saúde (1998) *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*, Diário da República, n.º 93, 1ª Série, Portugal.
68. Ministério da Saúde (2002) *Aviso n.º 9448/2002 de 7 de Agosto*, Diário da República, 2ª Série, n.º 199, Portugal.
69. Ministério da Saúde (2005) *Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de Agosto*, Diário da República, n.º 156, 1ª Série, Portugal.
70. Ministério da Saúde (2007) *Decreto-Lei n.º 238/2007 de 19 de Junho*, Diário da República, n.º 116, 1ª Série, Portugal.

71. Ministério da Saúde (2009) *Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho*, Diário da República, n.º 115, 1.ª Série, Portugal.
72. Ministério da Saúde (2009) *Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro*, Diário da República, n.º 184, 1.ª Série, Portugal.
73. Ministério da Saúde (2012) *Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de Maio*, Diário da República, n.º 92, 1.ª série, Portugal.
74. Ministério da Saúde (2012) *Portaria n.º 340/2012 de 25 de Outubro*, Diário da República, n.º 207, 1.ª série, Portugal.
75. Ministério da Saúde (2013) *Decreto-lei n.º 20/2013 de 14 de Fevereiro*, Diário da República, n.º 32, 1.ª Série, Portugal.
76. Ministério da Saúde (2015) *Portaria n.º 234/2015 de 7 de Agosto*, Diário da República, n.º 153, 1.ª série, Portugal.
77. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social - Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (2014) *Despacho n.º 14278/2014 de 26 de Novembro*, Diário da República, n.º 229, 2.ª Série, Portugal.
78. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009) *Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril*, Diário da República, n.º 74, 1.ª Série, Portugal.
79. Ministérios da Saúde, da Educação e Ciência e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2015) *Portaria n.º 78/2015 de 17 de Março*, Diário da República, n.º 53, 1.ª série, Portugal.
80. Ministérios das Finanças e da Saúde (2011) *Despacho n.º 10783-B/2011 de 31 de Agosto*, Diário da República, n.º 167, 2.ª Série, Portugal.
81. Nolan, M.; Nolan, J. (1999) Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education, *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 958 – 966.
82. Nunes, L. (2013) *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*, Departamento de Enfermagem ESS|IPS, Setúbal.
83. Nuñez, H; Ciosak, S. (2003) Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo, *Rev Esc Enferm USP* 37 (3), 11-8.
84. Ordem dos Enfermeiros (2002) *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º 5, Lisboa.
85. Ordem dos Enfermeiros (2004) *Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 14*, Lisboa.
86. Ordem dos Enfermeiros (2005) *Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 16*, Lisboa.
87. Ordem dos Enfermeiros (2005) *Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 17*, Lisboa.

88. Ordem dos Enfermeiros (2006) *Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 22*, Lisboa.
89. Ordem dos Enfermeiros (2006) *Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 23*, Lisboa.
90. Ordem dos Enfermeiros (2007) *Individualização das especialidades em Enfermagem*, Lisboa.
91. Ordem dos Enfermeiros (2008) *Parecer n.º 72/2008*, Lisboa.
92. Ordem dos Enfermeiros (2009) *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: referencial do enfermeiro*, Lisboa.
93. Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento n.º 122/2011 (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista)*, Lisboa.
94. Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento n.º 125/2011 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação)*, Lisboa.
95. Ordem dos Enfermeiros (2012) *Revista da Ordem dos Enfermeiros n.º 42*, Lisboa.
96. Parlamento Europeu (2012) *Regulamento UE n.º 1024/2012*, Bruxelas.
97. Parlamento Europeu (2013) *Diretiva 2013/55/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de Novembro*, Bruxelas.
98. Pryor, J.; Hoeman, S. (1999) *Rehabilitation: a vital nursing function*, Royal College of Nursing, Australia.
99. Pryor, J.; Smith, C. (2002) A Framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia, *Journal of Advanced Nursing*, 39 (3), 249-257.
100. Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2005) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Lisboa.
101. Ribeiro, J. (2010) *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*, Legis Editora, Porto.
102. Carapinheiro, G. (1993) *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*, Ed. Afrontamento, Porto.
103. Royal College of Nursing (2005) *Maxi nurses: nurses working in advanced and extended roles promoting and developing patient-centred health care*, London, 2005.
104. Santos, M. (2012) *Enfermagem à procura de si: integrando modalidades terapêuticas não convencionais no processo de cuidados*, Universidade de Lisboa, Lisboa.

105. Santos, T. (2011) *Opinião dos alunos do 4º ano acerca da integração da Medicina Tradicional Chinesa no plano curricular do curso de Licenciatura em Enfermagem*, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
106. Sheer, B.; Wong, F. (2008) The development of Advanced Nursing Practice globally, *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (3), 204–211.
107. Spasser, M. et. al (2006) Mapping the literature of rehabilitation nursing, *J Med Libr Assoc*, 94 (2), Supplement.
108. Tsuchiya, K; Nascimento M. (2002) Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro, *Rev Enferm UNISA*, 3, 37-42.
109. Woods, L. (1997) Conceptualizing advanced nursing practice: curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 820-828.

Anexos

Anexo 1 – A realidade da prescrição por enfermeiros em diferentes países

Este anexo visa apresentar uma súmula da evolução e situação atual da prescrição por enfermeiros, essencialmente farmacológica, em diferentes países do mundo, tendo como base o trabalho do CIE na monografia “Tendências e questões da Enfermagem - Implementação da prescrição pelos enfermeiros” (CIE, 2013).

Austrália

O Manual de Tratamento Padrão CARPA (*CARPA Standard Treatment Manual*)^{LXXXII} foi publicado pela primeira vez em 1992 (CARPA, 2003) e definiu os tratamentos-padrão que podiam ser adotados pelos enfermeiros a trabalhar em locais isolados. No entanto, a evolução da prescrição independente pelos enfermeiros é relativamente recente e tem as suas raízes no desenvolvimento do papel do enfermeiro NP, com base no modelo importado dos EUA.

Em todas as jurisdições australianas os direitos de prescrição são limitados pela legislação do Estado, pelo protocolo dos hospitais e pelas políticas vigentes nos serviços de saúde. No entanto, nas instalações de cuidados comunitários e para idosos os NP têm de emitir documentos privados, uma vez que não têm acesso ao Esquema de Comparticipações Farmacêuticas (*Pharmaceutical Benefits Scheme*)^{LXXXIII}.

O Projeto do Enfermeiro NP de 2004 (*2004 Nurse Practitioner Project*), promovido pelos Conselhos de Enfermeiros da Austrália e Nova Zelândia (*Australian and New Zealand Nursing Councils*), procurou determinar o papel do enfermeiro NP, os seus padrões de competências nucleares, os requisitos de ensino e os padrões de acreditação do programa para a educação de NP que conduzissem ao respetivo registo/autorização para a prática clínica (Carrier et al., 2007; cit. por CIE, 2013). A partir de Janeiro de 2010 o requisito mínimo de entrada para os enfermeiros NP em toda a Austrália passou a ser a qualificação de mestrado e, pelo menos, cinco anos de experiência numa área de prática clínica específica.

^{LXXXII} <http://www.carpa.org.au/drupal/node/15>

^{LXXXIII} Como se constatará adiante no questionário, a limitação de acesso à comparticipação foi um dos fatores que procurámos avaliar como obstáculo à concretização da prescrição por enfermeiros.

Cada Estado / território da Austrália introduziu ou está a finalizar as alterações legislativas necessárias para permitir a prescrição pelos NP, mas com variações. Por exemplo, na Nova Gales do Sul (que é um dos Estados mais povoados, onde estão registados metade dos atuais NP), é exigido aos NP que redijam as suas próprias linhas de orientação clínicas a descrever o uso de medicações para quadros clínicos específicos. Estas linhas de orientação têm de ser acordadas por todas as partes interessadas locais e aprovadas pelo Diretor-geral, o Departamento de Segurança de NSW ou o respetivo representante (geralmente o Diretor Executivo do serviço de saúde da área).

Os médicos australianos expressaram reservas relativamente ao facto de os enfermeiros terem a autoridade de prescrever independentemente. Houve uma oposição considerável à prescrição pelos enfermeiros por parte de ramos estaduais da Associação Médica Australiana, que demonstraram preocupação com a segurança dos doentes apesar de a evidência nacional e internacional provar que os enfermeiros NP apresentavam segurança e efetividade na prescrição em vários contextos da prática (ACT *Steering Committee*, 2002; Diers, 2004; Gardner et al., 2004; Horrocks et al., 2002; NSW Dept of Health, 1995; cit. por CIE, 2013).

O maior obstáculo a uma adoção mais alargada da prescrição pelos enfermeiros na Austrália parece ser a forma como os medicamentos são financiados. O sistema da *Commonwealth*, Esquema de Benefícios Farmacêuticos [*Pharmaceutical Benefit Scheme*, PBS], significa que as medicações listadas apenas são comparticipadas quando prescritas por um médico. Os enfermeiros NP podem prescrever, mas o custo de aviar as prescrições, sem a comparticipação conferida pela prescrição efetuada pelo médico, é proibitivo. Nos hospitais públicos, as prescrições são aviadas através da farmácia do hospital e não através do sistema PBS; assim, não é necessário que os doentes suportem o custo e, nesta área, a prescrição pelos enfermeiros NP ficou estabelecida mais firmemente (Cashin, 2007; cit. por CIE, 2013).

A ausência de comparticipação significa que há muito pouca prescrição pelos enfermeiros nas comunidades rurais e remotas, uma vez que os doentes a nível individual não conseguem suportar o custo adicional, têm menos acesso aos hospitais e os hospitais em si são mais provavelmente hospitais comunitários, pequenos e sem uma farmácia associada. Tal facto não deixa de ser irónico, visto que o acesso melhorado aos fármacos

nas áreas remotas foi considerado como um dos impulsos centrais para o desenvolvimento da prescrição pelos enfermeiros.

Fora dos hospitais públicos houve um aumento esporádico na prescrição pelos enfermeiros em clínicas especializadas (como por exemplo clínicas especializadas em DST ou em saúde mental).

Botswana

Os enfermeiros especialistas registados com formação pós-básica que trabalham em hospitais ou clínicas governamentais e que se especializam em áreas médicas como a oftalmologia, psiquiatria, enfermagem obstétrica ou como FNP (enfermeiro de família) registados apenas podem prescrever os fármacos específicos da respetiva especialidade ou formação e, quando aplicável, os fármacos que lhes estão especificados no Formulário Nacional de Fármacos do Botswana.

A lista de fármacos que os enfermeiros podem prescrever nos serviços de cuidados primários é bastante extensa, incluindo desde analgésicos a antibióticos (Buchan & Calman, 2004; cit. por CIE, 2013).

Os fármacos disponíveis para prescrição pelos enfermeiros no Botswana é também determinado pelo nível de serviço onde estes se encontrem a trabalhar, que pode ser:

- Postos de saúde
- Clínicas de saúde
- Hospitais de cuidados de saúde primários
- Hospitais distritais

Os enfermeiros prescrevem em todos os níveis de serviço. No entanto, nos postos de saúde, clínicas e hospitais de cuidados de saúde primários isolados a prática de enfermagem é mais autónoma e, assim, estas instituições representam as áreas em que a prescrição pelos enfermeiros tende a ser mais frequente (Miles et al., 2006, p.292; cit. por CIE, 2013).

Canadá

Os enfermeiros (NP – *nurse practitioners*) habilitados a prescrever são enfermeiros (RN - *registered nurses*) com formação acrescida e experiência clínica que possuem e demonstram as competências necessárias para, de forma autónoma, diagnosticar, pedir e interpretar exames complementares de diagnóstico, prescrever produtos farmacêuticos e realizar procedimentos específicos dentro do respetivo âmbito de prática legislado (CNPI, 2006^{LXXXIV}). Em 2005, 42% dos NP autorizados a prescrever trabalhavam no sector da saúde comunitária, 27% no sector hospitalar e 3% no sector de cuidados de enfermagem ao domicílio/cuidados continuados.

Os NP no Canadá têm autoridade prescritiva em todas as regiões, embora os impressos variem de província para província, tendo alguns uma autoridade mais alargada enquanto outros têm listas mais restritas. Em algumas regiões os NP que trabalham em serviços de cuidados agudos apenas podem prescrever através de diretivas médicas, enquanto que outras estão a abordar a implementação de uma lista regulamentar para os fármacos a serem prescritos. As regiões ocidentais legislaram a prescrição para os NP enquanto que as de leste estão a trabalhar no sentido de substituir as suas listas de medicamentos individuais por categorias de medicamentos. Algumas estão a trabalhar no sentido de alterar a sua legislação de forma a permitir aos NP ter uma autoridade de prescrição mais alargada.

Porém, no global, a autoridade de prescrição para os enfermeiros no Canadá ainda é diminuta. As regiões da Colúmbia Britânica (BC) e Alberta estão ambas a trabalhar no sentido de uma prescrição restrita pelos enfermeiros. Na BC, aqueles que trabalham em áreas remotas poderão diagnosticar de forma independente uma doença aguda de menor importância e tratá-la com uma lista de medicação do Catálogo I após terem concluído com aprovação um curso de prática certificada de medicação aprovado pelo *College of Registered Nurses of British Columbia*. Alberta está a explorar um programa semelhante de autorização restrita para os enfermeiros, enquanto que no Quebeque os enfermeiros escolares podem prescrever medicação contraceptiva.

O enfermeiro (NP) no Canadá é um Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) cuja prática se foca na prestação de serviços para a gestão das necessidades de saúde dos indivíduos,

^{LXXXIV} CNPI (Canadian Nurse Practitioner Initiative) (2006) *Nurse practitioners: The time is now*, Ottawa

famílias, grupos e comunidades. A preparação mínima de ensino para a Enfermagem de Prática Avançada é um grau académico em Enfermagem, sendo que a maioria dos programas de ensino para os enfermeiros no Canadá está atualmente ao nível da pós-graduação. Enquanto que as normas de orientação clínica e a prática baseada na evidência continuam a sustentar a prática destes enfermeiros, já a prática da prescrição é determinada pela legislação e pelo quadro de referência de regulamentação de cada região.

Fiji

Os enfermeiros (NP) de Fiji têm a sua prática clínica estabelecida com base na descrição de cargos e trabalham ao abrigo de protocolos que lhes conferem privilégios de prescrição. No entanto, a autoridade de prescrição não está abrangida pela legislação que os regula (*Nurses and Midwives Act*, 1998), sendo que esta questão, de um suporte legislativo inadequado, foi identificada num relatório sobre os NP da região do Pacífico Ocidental em 2001 (WHO, 2001; cit. por CIE, 2013). O relatório apontava para o facto de que a legislação existente, indevidamente restritiva e desatualizada, estava a resultar no facto de muitos enfermeiros de nível intermédio (*mid-level practitioners*) e enfermeiros (NP) estarem a exercer a sua prática clínica à margem da lei, sobretudo no que respeita à prescrição, procedimentos cirúrgicos minor e cuidados de emergência^{LXXXV}.

Hong Kong

Em Hong Kong, alguns enfermeiros podem prescrever a partir de uma lista limitada de fármacos (tipicamente cerca de 30), ao critério de cada departamento dos hospitais públicos. A dispensa de terapêuticas e prescrição pelos enfermeiros desenvolveram-se de forma diferente em diferentes hospitais /empregadores e o âmbito e extensão do impresso

^{LXXXV} A questão dos enfermeiros exercerem por vezes atividades que transcendem o seu escopo na medida do socialmente aceite (e por vezes legalmente) também foi abordado no nosso questionário, nomeadamente na questão relativa à “decisão informal sobre tratamentos medicamentosos sem prescrição médica prévia”, na parte relativa à “perceção de autonomia prescritiva”.

é fortemente influenciado pela natureza da relação entre os médicos e os enfermeiros em cada organização / departamento.

O contexto desta região é, além disso, pouco propício ao desenvolvimento de funções alargadas e à prescrição pelos enfermeiros – sendo densamente povoado, oferece um acesso fácil aos serviços hospitalares e tem uma reserva abundante de médicos mas uma carência relativa de enfermeiros. Quer os enfermeiros quer os médicos têm reservas quanto a adotar atividades que são tradicionalmente da responsabilidade dos médicos. Daí que os desenvolvimentos na Enfermagem de Prática Avançada se tenham limitado a especialidades específicas e a áreas funcionais nos hospitais, e que haja um menor ímpeto para o desenvolvimento da prescrição pelos enfermeiros de forma mais alargada.

Irlanda

A atual legislação relativa a medicamentos confere autoridade legal aos Enfermeiros Prescritores (*Registered Nurse Prescribers*, RNP) para a prescrição de medicamentos e de alguns medicamentos controlados pelo MDA (*Misuse of Drugs Act*), e refere que:

- Os RNP que trabalham a título individual têm de estar empregados por um prestador de serviços de saúde;
- Apenas podem prescrever os fármacos relevantes para o serviço no qual trabalham;
- A lista de fármacos que o enfermeiro pode prescrever tem de estar aprovada pelo respetivo empregador;
- Há restrições específicas para determinados medicamentos controlados;
- Os doentes têm ainda de estar ao cuidado de um médico;
- O número de registo (PIN) no An Bord Altranais tem de estar claramente indicado na prescrição emitida pelo RNP.

A “Orientação para os Enfermeiros e Enfermeiros Obstétricos Quanto à Gestão de Medicamentos” (*Guidance to Nurses and Midwives on Medication Management*) (*An Bord Altranais*, 2007) abrange a dispensa e administração de medicamentos não sujeitos

a receita médica, uso de protocolos de medicação, esmagamento de medicamentos e imunização/vacinas. Além disso, cada prestador de cuidados de saúde pode introduzir outras condições de autoridade de prescrição para os RNP. Os RNP estão cingidos ao seu Código de Conduta Profissional e restringidos à prescrição dentro da respetiva área de competência e em alinhamento com as políticas e procedimentos locais.

O *An Bord Altranais* (regulador da profissão na Irlanda) fornece o quadro de referência para a regulamentação profissional relativamente à prescrição pelos enfermeiros e enfermeiros obstétricos, abrangendo:

- Ensino: requisitos e padrões para programas de ensino para os enfermeiros e enfermeiros obstétricos com autoridade de prescrição (*Requirements and Standards for Education Programmes for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*) (*An Bord Altranais*, 2007).
- Registo: padrões de prática clínica, enquadramento da prática colaborativa e quadro de referência para a tomada de decisão (*An Bord Altranais*, 2007).
- Competência Clínica: atualmente em desenvolvimento.
- Governação Clínica: informação relativa à efetivação dos padrões da prática clínica para os enfermeiros e enfermeiros obstétricos com autoridade de prescrição (*Practice Standards for Nurses and Midwives with Prescriptive Authority*) (*An Bord Altranais*, 2007) e do quadro de referência para a tomada de decisão (*Decision-Making Framework*) (*An Bord Altranais*, 2007).

O Certificado em Enfermagem para prescrição pelos enfermeiros/enfermeiros obstétricos é um programa disponibilizado pelos estabelecimentos de ensino na Irlanda que cumpram os requisitos e padrões definidos pelo *An Bord Altranais*. Consiste em pelo menos 28 dias (168 horas) de teoria, distribuídos ao longo de um período de seis meses e confere um nível 8 no sistema de ensino irlandês. Os candidatos têm de possuir um mínimo de três anos de experiência clínica pós-registo, ter competência para estudar ao nível do grau académico e constar no registo atual do *An Bord Altranais*. Os prestadores de serviços de saúde também têm de cumprir critérios essenciais, incluindo políticas organizacionais, gestão do risco, tutoria, mecanismos de auditoria, prática colaborativa, gestão e garantia de qualidade.

Há três módulos nucleares: responsabilização profissional na prescrição pelos enfermeiros e enfermeiros obstétricos; atuação e terapêutica farmacológica; e apreciação e avaliação sistêmicas na prestação de cuidados aos doentes. Além disso, há um elemento de prática clínica de 12 dias (96 horas), durante o qual o formando é supervisionado por um profissional médico que atua como tutor. Aquando da conclusão bem-sucedida do programa, os formandos podem candidatar-se ao registo como enfermeiro RNP junto do *An Bord Altranais*, antes de poderem prescrever.

A responsabilidade pelo desenvolvimento profissional contínuo (DPC) reside junto de cada prestador de serviços de saúde e no enfermeiro prescritor individual e foca-se na manutenção das competências e na promoção da aprendizagem baseada na evidência.

Jamaica

Em 1977, em resposta a uma carência de médicos na Jamaica, estabeleceu-se um programa de enfermeiros licenciados NP para prestar cuidados de saúde custo-efetivos nas áreas mais carenciadas e rurais. Em 2002, o programa foi atualizado para o nível de mestrado. A maioria dos NP estão localizados em serviços de cuidados de saúde primários e abrangem três áreas principais da prática: saúde familiar, saúde pediátrica e saúde mental.

Ainda que dois tipos de Enfermeiros de Prática Avançada (Enfermeiro de Família (*Family Nurse Practitioner*) e o Enfermeiro de Saúde Mental (*Mental Health Nurse Practitioner*) estejam qualificados para prescrever fármacos, atualmente não têm qualquer jurisdição legal para o fazer.

Está pendente uma alteração à Lei dos Enfermeiros e Enfermeiros Obstétricos (*Amendment of the Nurses and Midwives Act*) para facilitar os direitos de prescrição, que permita aos enfermeiros prescrever medicamentos mediante um protocolo revisto de dois em dois anos e dentro do âmbito da prática dos NP.

Holanda

O desenvolvimento do papel dos NP e o papel dos enfermeiros especialistas (sobretudo os enfermeiros especialistas na diabetes) levaram à iniciativa da prescrição pelos enfermeiros. Cerca de um em 16 (ou um milhão) pessoas na Holanda sofre de diabetes, o que fez com que os enfermeiros especialistas na diabetes viessem a desempenhar um papel importante na satisfação da procura, que não consegue ser cumprida apenas pelos médicos.

A formação proposta para os enfermeiros prescritores é de um curso de seis meses, a ser realizado a tempo parcial – três horas a cada duas semanas. O curso foi desenvolvido no âmbito da estrutura universitária e baseia-se no programa utilizado para os médicos de clínica geral na Holanda. O modelo de formação dos EUA para a prescrição pelos enfermeiros foi inicialmente ponderado, mas foi rejeitado por dois motivos: em primeiro lugar, porque se considerou que as diferenças nos sistemas de cuidados de saúde significavam que não era inteiramente transferível/aplicável e, em segundo lugar, porque ao seguir o modelo dos médicos de clínica geral isso incentivaria a um melhor apoio por parte dos médicos.

A intenção consistia em que a formação para a prescrição pelos enfermeiros fosse um componente obrigatório do programa de mestrado em Enfermagem de Prática Avançada e que fosse consistente em todo o país. Inicialmente, os NP iriam receber formação diretamente a partir das universidades mas, à medida que se fossem estabelecendo, os próprios NP tornar-se-iam formadores e as universidades proporcionariam supervisão e exames.

Nova Zelândia

O desenvolvimento do papel do NP na Nova Zelândia (que inclui a prescrição) foi impulsionado em larga medida pelo contexto – a necessidade de prestar um serviço de cuidados de saúde mais acessível, economicamente viável e eficiente^{LXXXVI}, bem como o

^{LXXXVI} As dimensões da acessibilidade e eficiência também foram abordadas no nosso questionário enquanto alavancas / mais-valias à prescrição pelos enfermeiros.

reconhecimento de que as aptidões de uma força de trabalho de enfermagem altamente especializada poderiam estar a ser subutilizadas. As áreas nas quais se considerou que os enfermeiros (NP) teriam potencialmente um impacto significativo foram a dos cuidados de saúde primários e da gestão da doença crónica.

Em Maio de 1998, o Ministro da Saúde neozelandês anunciou que o governo tencionava alargar os poderes de prescrição aos enfermeiros e a outras profissões da saúde, mediante determinadas condições. Os Enfermeiros Obstétricos já podiam prescrever independentemente todas as medicações relacionadas com o seu âmbito de prática desde 1990. A Lei dos Medicamentos (*Medicines Act*) (1981) foi alterada posteriormente nesse ano, permitindo que novos prescritores não médicos (ou seja, que não os médicos, os dentistas e os veterinários) prescrevessem mediante uma determinada regulamentação. Na legislação, identificaram-se duas categorias de prescritores: os prescritores autorizados, que podem prescrever independentemente a partir do catálogo farmacêutico completo; e os prescritores designados, uma nova categoria de prescritores, habilitados a prescrever a partir de uma lista publicada e referente ao seu âmbito de prática. Uma iniciativa paralela e relacionada foi a introdução de enfermeiros NP, enquanto título legalmente protegido, para um novo âmbito de prática avançada, utilizado apenas pelos enfermeiros registados formalmente pelo Conselho de Enfermeiros da Nova Zelândia (*Nursing Council of New Zealand, NCNZ*).

O Governo da Nova Zelândia implementou a prescrição pelos enfermeiros através do desenvolvimento de âmbitos de prática e regulamentações em 2001, permitindo aos enfermeiros trabalhar nos cuidados aos idosos e à criança/família a partir de um catálogo de medicamentos. Os regulamentos especificavam a formação e as competências exigidas e, ao abrigo das regulamentações, apenas os NP poderiam prescrever na sua área de prática clínica. Em 2003 registou-se o primeiro Enfermeiro Prescritor da Nova Zelândia (*New Zealand Nurse Prescriber*), no âmbito da prática da criança/família.

Os enfermeiros NP podem agora registar-se como prescritores independentes designados, ao abrigo do âmbito de prática mais alargado dos NP. Podem prescrever a partir de uma vasta gama de medicamentos (mais de 1000), mas apenas na sua área de especialidade, constante do seu registo de NP.

O quadro de referência para o ensino defende uma formação ao nível do mestrado e cursos de prescrição com um foco intenso em farmacologia, terapêutica e no processo de tomada

de decisão clínica^{LXXXVII}. Atualmente, há cinco escolas de Enfermagem na Nova Zelândia que ministram cursos de habilitação para a prescrição. O NCNZ define as competências exigidas para uma prescrição segura e efetiva, e aprova, monitoriza e faz a auditoria dos programas. Ainda assim, existe uma grande variabilidade entre instituições no que respeita ao conteúdo e aos processos de avaliação (Lim et al., 2006; cit. por CIE, 2013).

Na primeira escola a ser aprovada, foi desenvolvido um quadro de referência de três escalões para orientar o ensino farmacológico dos enfermeiros, e esta tornou-se a base para os outros programas. Embora seja parte integrante do Mestrado em Enfermagem, também está prevista uma qualificação independente, ao nível da pós-graduação, disponibilizada aos enfermeiros que já concluíram um grau de mestrado. Um pré-requisito para cada uma das vias é a conclusão de um curso de Ciência Aplicada que abrange os conhecimentos científicos básicos para concluir os três escalões. O quadro de referência dos três escalões consiste no seguinte:

- Escalão 1: abrange os conhecimentos e princípios de farmacologia e farmacocinética autorizados, acrescentando aos conhecimentos básicos de enfermagem obtidos na licenciatura os conhecimentos adicionais de farmacologia, farmacodinâmica e farmacocinética.
- Escalão 2: abrange a aplicação e os princípios de terapêutica autorizados para a Enfermagem Avançada, ensinando a aplicação dos conhecimentos farmacológicos à prática da enfermagem num determinado contexto. Abrange a legislação e as políticas que governam a prescrição.
- Escalão 3: abrange a tomada de decisão e a prática de prescrição pelos enfermeiros. Acresce aos dois escalões anteriores e foca-se em como aplicar os conhecimentos farmacológicos a um contexto específico da prática (incluindo a educação dos doentes, efeitos secundários e interações medicamentosas).

Cada um dos cursos tem de ser feito pela ordem apresentada, uma vez que cada um tem por base o anterior. Durante o estágio final, cada aluno trabalha independentemente, sob a supervisão direta de um prescritor tutor. Ainda que seja relativamente recente, as avaliações do curso são em geral positivas e o feedback informal dos prescritores tutores

^{LXXXVII} Os aspetos relativos às necessidades formativas e tomada de decisão associada à prescrição foram abordados no nosso questionário.

sobre a prática de prescrição pelos alunos tem sido muito positiva (Lim et al., 2006, pág. 352; cit. por CIE, 2013).

Ao concluir o programa de prescrição é necessário pedir uma autorização para exercer através da demonstração de um conjunto adicional de competências estabelecido pelo NCNZ. São emitidos certificados anuais da prática, que estão sujeitos à demonstração da competência clínica e formação contínua, além de auditoria aleatória.

África do Sul

Depois de fazerem um curso de avaliação clínica, tratamento e cuidados, os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários tornam-se “prescritores autorizados” e ficam registados no Conselho de Enfermeiros da África do Sul (*South African Nursing Council, SANC*).

Os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários estão autorizados a prescrever e a dispensar a partir do Catálogo 1-4 da Lista de Fármacos Essenciais (*Essential Drugs List, EDL*) da África do Sul e estão limitados a um máximo de três artigos por receita nas clínicas. A EDL é uma orientação de tratamento e lista de fármacos essenciais na África do Sul para os CSP e é atualizada a cada dois anos. Os doentes que necessitem de prescrições acima do Catálogo 1-4 têm de ser referenciados para um médico. Estão disponíveis protocolos e políticas para orientar a prescrição dos fármacos autorizados.

Os programas de formação na África do Sul incluem uma grande diversidade de formação em serviço, certificados e diplomas pós-básicos. A Secção 56 da Lei da Enfermagem de 2005 contém duas vias para a obtenção de autoridade prescritora para os enfermeiros. A primeira exige que os enfermeiros (RN) apresentem prova de conclusão da qualificação e formação de prescrição e que paguem a quota de registo de prescrição a ser emitida juntamente com um certificado de registo, que é válido por três anos e renovável pelo SANC. No entanto, a legislação de 2005 também criou um “atalho” para os serviços do Estado, o que significa que os enfermeiros nos serviços públicos podem ser autorizados pelo Diretor-Geral da Saúde a prescrever sem os requisitos de ensino indicados anteriormente.

Espanha

Em 2005, a Lei dos Medicamentos foi aprovada pelo Parlamento Nacional. Num dos seus artigos, a lei especificava que a autoridade para prescrever medicamentos se restringia aos médicos e odontologistas. A introdução da lei deixou, assim, os enfermeiros sem suporte legal para exercer as suas competências nesta área – apesar do facto da prescrição por enfermeiros ser há muito uma realidade nos cuidados de saúde em Espanha.

Em 2006, a então Ministra da Saúde e do Consumidor (*Ministra de Sanidad Y Consumo*) opôs-se completamente a qualquer regulamentação de prescrição pelos enfermeiros. Afirmou que “tornar os critérios mais flexíveis e conceder a autorização a outros para prescrever não contribuiria para aumentar a segurança dos doentes e não parecia ser necessário, uma vez que os médicos não têm dificuldades em prescrever aquilo que consideram ser apropriado”. Indicou ainda que “há um número considerável de casos observados nos departamentos de acidente e emergências que se devem aos efeitos adversos dos medicamentos, que devem ser evitados”.

Desde 2005 que o Conselho de Enfermeiros Espanhóis (*Consejo General de Enfermería*) liderou proactivamente uma campanha destinada à aprovação de legislação que autorizasse os enfermeiros a "continuar a fazer aquilo que já fazem no decurso da sua prática quotidiana", de acordo com critérios de qualidade, segurança e excelência^{LXXXVIII}. O Conselho estabeleceu vários grupos nacionais de peritos em cuidados de saúde primários, especializados e sócio-sanitários que, através do trabalho em rede, identificaram situações reais que envolviam a prescrição por enfermeiros.

No estudo, identificaram-se 45 situações clínicas diferentes, nas quais se utilizavam 200 fármacos e produtos de cuidados de saúde diferentes, dentro do quadro de referência de 197 intervenções de enfermagem padronizadas. O Conselho conduziu ainda um estudo de âmbito alargado relativamente à legislação internacional comparada sobre prescrição por enfermeiros e uma revisão dos aspetos relevantes para o assunto patentes na legislação criminal e constitucional espanhola.

Como resultado, foram reconhecidos os princípios que legitimam a prescrição pelos enfermeiros. Até 2008, dez ministros da saúde regionais e o Ministro da Saúde e do

^{LXXXVIII} No nosso questionário procurámos avaliar se os enfermeiros já encetam comportamentos prescritores na sua prática quotidiana.

Consumidor apoiaram a fundamentação para a prescrição pelos enfermeiros e afirmaram: “Estamos a colocar por escrito a realidade do Sistema de Saúde e, assim, a conferir proteção legal não apenas aos enfermeiros como também aos médicos” (Bernat Soria, 2008; cit. por CIE, 2013).

O Governo Regional da Andaluzia, um dos maiores e mais fortes de Espanha, tomou a iniciativa, que outros governos regionais seguiram, de liderar a regulamentação da prescrição pelos enfermeiros através da aprovação de uma regulamentação legal que permite aos enfermeiros prescrever um leque extenso de medicamentos, quer independentemente quer através de protocolos conjuntos redigidos em consultadoria com médicos, organizações profissionais e o próprio Ministério da Saúde regional. A participação também foi considerada, o que permite à população em geral assegurar a dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de saúde prescritos pelos enfermeiros à custa do erário do sistema público de saúde.

Os partidos políticos optaram unanimemente por alterar a Lei dos Medicamentos para autorizar legalmente a prescrição pelos enfermeiros. Para tal, grupos políticos, incluindo o partido do governo, submeteram propostas de alteração para debate no Congresso de Deputados de um novo texto da lei, que permitiu aos enfermeiros espanhóis desempenhar funções de prescrição de acordo com o seu nível de competência e com autoridade legal absoluta.

O resultado destas propostas consistiu na legalização de quatro modelos de prescrição pelos enfermeiros:

- De acordo com os protocolos institucionais e planos de cuidados de saúde padronizados;
- De acordo com protocolos que contêm tratamentos baseados em prescrições médicas personalizadas (seguimento de doentes crónicos);
- De acordo com protocolos relacionados com a prática avançada de enfermagem (especialidades);

- Prescrição independente através de um pedido (receita) de dispensa pelo enfermeiro para a dispensa de todos os medicamentos e produtos de cuidados de saúde não sujeitos a receita médica^{LXXXIX}.

Suécia

A introdução da prescrição pelos enfermeiros na Suécia não esteve diretamente associada ao desenvolvimento do papel dos NP, como aconteceu em alguns dos outros países já referidos. Desde 1988 que decorreu um esquema piloto para a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros a partir de um catálogo e desde 1994 que todos os enfermeiros distritais (comunitários) podem prescrever.

A Agência Sueca de Medicamentos criou uma lista de produtos que os enfermeiros podem prescrever. Esta lista tem 230 marcas de medicamentos que os enfermeiros comunitários qualificados podem prescrever para 60 indicações específicas de cuidados. Há restrições a alguns destes produtos, como sejam os medicamentos que não estão indicados para crianças e, para alguns dos itens, os enfermeiros não podem emitir a prescrição inicial.

Os enfermeiros comunitários têm de ter menos de 60 anos para serem elegíveis para a formação relativa à prescrição. Inicialmente, os enfermeiros eram capacitados através de um curso específico – os enfermeiros especialistas tinham dez semanas de formação e os enfermeiros não especialistas tinham de ter 20 semanas de formação. O curso de farmacologia e tratamento farmacológico foi, desde então, incorporado no programa de Especialidade de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, que é realizado por todos os enfermeiros distritais.

Tailândia

Os enfermeiros na Tailândia têm autoridade legal para prescrever e gerir a medicação através de protocolos estabelecidos.

^{LXXXIX} Estas modalidades encontram-se em linha com as que analisámos nos subcapítulos 3.2.1 e 3.2.2.

A história da prescrição pelos enfermeiros já vem de 1969, quando a investigação efetuada mostrou que os enfermeiros obstétricos auxiliares recebiam formação para prescrever contraceptivos orais sem exame prévio por um médico. As conclusões alcançadas foram positivas e levaram a uma mudança nas políticas que permitiu aos enfermeiros obstétricos auxiliares prescreverem a pílula contraceptiva em todo o país.

Na Tailândia existe ainda, com capacidade prescritora, o enfermeiro de saúde comunitária (*community health nurse practitioner, CHNP*) desde a década de 1970, que têm formação ao nível do mestrado. As reformas dos cuidados de saúde e o sistema de cobertura universal de cuidados de saúde, implementado em 2002, salientaram a necessidade de aumentar o número de enfermeiros NP a trabalhar nos cuidados de saúde primários. Para ir ao encontro desta necessidade, o Secretariado de Segurança Nacional de Saúde e o Conselho de Enfermeiros Tailandeses (*Nursing Council of Thailand, NCT*) comprometeram-se em formar 1000 NP gerais por ano durante sete anos, através de um curso pós-básico de quatro meses. Previa-se que este curso abreviado fosse eliminado em 2013, assim que se atingisse o número de enfermeiros NP suficientes.

Uganda

Devido ao elevado número de pessoas com cancro e SIDA em fase avançada nas áreas rurais, o governo alterou a legislação para permitir aos NP formados em serviços de cuidados paliativos a prescrição e dispensa de morfina, tendo em 2004 o *Hospice Africa Uganda* desenvolvido um curso de nove meses para formar os enfermeiros na prescrição de morfina em serviços de cuidados paliativos. No contexto do hospital não há limite à duração ou à dosagem que um enfermeiro formado pode prescrever. No entanto, a um nível mais rural, apenas se pode utilizar uma dose de 5 mg por 5 ml^{XC}.

^{XC} Podemos considerar a situação do Uganda como atípica, na medida em que a atividade prescritora se circunscreve a um medicamento em concreto.

Reino Unido

A legislação que permite aos enfermeiros e enfermeiros obstétricos a prescrição de medicamentos a partir do Catálogo de Enfermeiros Prescritores (*Nurse Prescribers' Formulary*, *Medicinal Products: Prescription by Nurses Act 1992*) entrou em vigor em Outubro de 1994. Em 2001, mais de 23.000 enfermeiros comunitários tinham recebido formação para prescrever a partir de um catálogo específico para o efeito (*Formulary for District Nurses and Health Visitors*). Em 2002, a prescrição independente pelos enfermeiros foi alargada para permitir a mais enfermeiros prescrever um maior número de medicamentos para um conjunto de quadros clínicos mais amplo. Permitiu aos enfermeiros (RN) e enfermeiros obstétricos com formação adicional em prescrição a prescrição a partir do Catálogo Alargado para Enfermeiros Prescritores (*Nurse Prescribers Extended Formulary*). Este catálogo abrangeu mais de 120 medicamentos sujeitos, até então, a receita médica para quadros clínicos específicos, e ainda os medicamentos indicados pelo Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*, NHS) para esses quadros clínicos (Courtenay & Griffiths, 2004; cit. por CIE, 2013).

Em 2003 foi introduzida a prescrição suplementar. Em conjunto com um plano de gestão clínica criado por um médico, um enfermeiro prescritor “suplementar” poderia prescrever a partir do Formulário Nacional Britânico (*British National Formulary*), à exceção dos medicamentos controlados. Isto permitiria aos enfermeiros e enfermeiros obstétricos gerir o acesso dos doentes aos medicamentos no âmbito da sua área de especialidade e seria particularmente útil na gestão da doença crónica, como a asma, diabetes, doença cardíaca e doença mental. Os enfermeiros e farmacêuticos foram os primeiros grupos aos quais foi permitido este tipo de prescrição. Houve uma expansão adicional da cobertura em 2003 e 2004 (Courtenay & Griffiths, 2004; Reid, 2003 in Jones, 2004; cit. por CIE, 2013).

No entanto, houve problemas com os modelos quer independente quer suplementar de prescrição. O Formulário Alargado de Prescritores (*Prescribers' Extended Formulary*), que assentava na prescrição específica para determinados quadros clínicos, era complexo, enquanto a prescrição suplementar estava limitada ao facto dos planos de gestão clínica não poderem ser alargados a todos os contextos (por ex. nos serviços de emergência). Por conseguinte, em 2006, o papel de Enfermeiro Prescritor Independente (*Nurse Independent Prescriber*) foi introduzido e regulamentado. Na prática, isto significa que após um período de formação os Enfermeiros Prescritores Independentes poderiam

prescrever de forma independente qualquer medicamento autorizado a partir do Catálogo Nacional Britânico, para qualquer quadro clínico na sua área de competência, incluindo alguns fármacos controlados (*Department of Health, UK, 2005; cit. por CIE, 2013*). Em comparação, os Enfermeiros Prescritores Suplementares (*Nurse Supplementary Prescribers*) poderiam prescrever qualquer medicamento, incluindo os fármacos controlados e os medicamentos não autorizados, mas apenas dentro dos parâmetros acordados de um plano de gestão clínica definido entre o médico, o doente e o enfermeiro.

Os enfermeiros que concluem com sucesso um programa de formação de prescrição para enfermeiros qualificam-se como Enfermeiro Prescritor Independente e como Enfermeiro Prescritor Suplementar, e são responsáveis por determinar qual o modelo mais apropriado a seguir, dada a sua área de prática clínica, especialização e contexto de trabalho. Por exemplo, a prescrição suplementar poderá ser mais apropriada para prescritores novos e sem experiência ou na gestão da doença crónica.

O leque de medicamentos que se pode prescrever varia consoante as três categorias de enfermeiro prescritor:

- O Formulário para os Enfermeiros Comunitários Prescritores é publicado a cada dois anos. O Grupo Consultivo dos Enfermeiros Prescritores (*Nurse Prescribers' Advisory Group*) tem a responsabilidade de propor as alterações que sejam consideradas necessárias, mas têm sido feitas relativamente poucas (adicionou-se a água para injetáveis e ainda ibuprofeno e alguns emolientes). O ponto de vista adotado advoga que o formulário em si não deveria precisar de evoluir. Se os enfermeiros comunitários considerarem que é demasiado limitado, devem ponderar fazer a formação completa de forma a adquirirem o estatuto de Enfermeiro Prescritor Independente ou Enfermeiro Prescritor Suplementar. O Enfermeiro Comunitário Prescritor está limitado a uma descrição geral dos quadros clínicos frequentes, juntamente com uma lista detalhada dos medicamentos que podem ser prescritos.
- Os Enfermeiros Prescritores Suplementares podem prescrever, a partir do Formulário Nacional Britânico, qualquer medicamento incluído num plano de gestão clínica e acordado por um médico, incluindo os fármacos controlados. Também podem prescrever fármacos não autorizados incluídos num plano de gestão clínica.

- Os Enfermeiros Prescritores Independentes podem prescrever a partir do Formulário Nacional Britânico na íntegra, no âmbito da sua área de competência, incluindo alguns fármacos controlados. Podem prescrever qualquer fármaco autorizado e também podem prescrever fármacos não autorizados ou fora da indicação de prescrição, se tal for suportado pela evidência. Também podem prescrever alguns fármacos controlados de forma independente, para uso exclusivamente em relação a doenças específicas. Os mecanismos para a prescrição, dispensa e administração de medicamentos encontram-se definidos na publicação “*Medicines Matters*” (Department of Health, UK, 2006). Em 2007 realizou-se uma consulta pública para considerar os pareceres e propostas para a expansão da gama de fármacos controlados que podem ser prescritos independentemente pelos Enfermeiros Prescritores Independentes^{XCI} ^{XCII}.

Os padrões de proficiência para os enfermeiros e enfermeiros obstétricos prescritores, do *Nursing and Midwifery Council* (NMC), descrevem especificamente os padrões esperados dos prescritores, incluindo os critérios de elegibilidade para os programas de ensino.

Inicialmente, o ensino para a prescrição era efetuado por enfermeiros comunitários que concluíam um curso abreviado (quatro dias) apoiado por ensino à distância. Os cursos de prescrição foram entretanto sendo integrados nos cursos universitários. Os enfermeiros e enfermeiros obstétricos que pretendam prescrever a partir do Formulário para Enfermeiros Comunitários Prescritores têm de ter dez dias de formação e um mínimo de dez dias de prática supervisionada antes do registo no NMC.

A formação para os Enfermeiros Prescritores Independentes e Suplementares é simultânea e consiste num curso isolado com um mínimo de 26 dias de teoria, estudo individual e 12 dias de ensino clínico com um tutor médico. O programa tem a duração de 3-6 meses e os requisitos de elegibilidade para a formação são:

- Registo como Enfermeiro ou Enfermeiro Obstétrico de 1º Nível no NMC.

^{XCI} Para Portugal poder-se-ia utilizar como referência, enquanto formulário nacional, o Prontuário Terapêutico, revisto e publicado anualmente pelo Infarmed.

^{XCII} As 3 tipologias de enfermeiros prescritores aqui descritas acompanham as tipologias de prescrição já abordadas nos subcapítulos 3.2.1 e 3.2.2.

- Mínimo de três anos de experiência de enfermagem clínica pós-registo (ou equivalente a tempo parcial).
- Capacidade comprovada de estudo ao nível da licenciatura (mínimo).
- Acordo do empregador para a realização do programa, um período de prática supervisionada e desenvolvimento profissional contínuo.
- Um tutor (prescritor) médico designado disposto a contribuir para os 12 dias de ensino supervisionado (incluindo a avaliação) e para a supervisão pós-qualificação.
- Compromisso, por parte do empregador, para permitir o acesso aos orçamentos de prescrição e a outras disposições necessárias para a prescrição na prática (por exemplo, o acesso informático à prescrição).
- Ocupar um cargo no qual se preveja a prescrição.

É um programa genérico, não concebido para se focar nas especialidades mas sim para ensinar conceitos gerais subjacentes à prescrição. O NMC aprova os programas de ensino e formação que cumpram os seguintes critérios:

- Consulta, tomada de decisão e terapêutica, incluindo referência
- Influências sobre, e psicologia da, prescrição
- Prescrição num contexto de equipa
- Farmacologia clínica, incluindo os efeitos da comorbilidades
- Prática baseada na evidência e governação clínica relativamente à prescrição pelos enfermeiros
- Aspectos legais, éticos e de políticas
- Responsabilização e responsabilidade profissional
- Prescrição no contexto de saúde pública

A classificação global para aprovação é de 80%, mas os candidatos têm de pontuar 100% nas componentes matemáticas. A conclusão bem-sucedida do programa é alvo de registo

no NMC e confere ao enfermeiro uma “autorização para a prescrição”, sujeita aos requisitos de renovação do registo a cada três anos. Recomenda-se ainda o desenvolvimento profissional contínuo para apoiar a renovação do registo, de acordo com as Orientações do NMC para o Desenvolvimento Profissional Contínuo dos Enfermeiros e Enfermeiros Obstétricos Prescritores (*Continuing Professional Development for Nurse and Midwife Prescribers*) (NMC, 2008).

O NMC define os padrões mínimos de atuação para todos os enfermeiros na sua publicação “O Código: padrões de conduta, desempenho e ética para enfermeiros e enfermeiros obstétricos” (*The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives*) (NMC, 2008). Publica ainda os "Padrões de proficiência para enfermeiros e enfermeiros obstétricos prescritores" (*Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers*) que descreve especificamente os padrões de cuidados esperados dos prescritores.

Não há evidência atual de enfermeiros a prescrever fora da sua área de competência. Efetivamente, um estudo recente, após as regulamentações de 2006, indicou que os enfermeiros prescrevem de acordo com os limites da sua própria competência de prescrição (Carey & Courtenay, 2008, cit. por CIE, 2013), ainda que tal possa refletir limitações do programa genérico de formação.

A investigação anterior à nova regulamentação de 2006 referiu défices na preparação científica dos enfermeiros no que respeita a farmacologia aplicada, terapêutica e diagnóstico clínico (Banning, 2004; cit. por CIE, 2013) e referiu um desencontro entre o ensino providenciado e os requisitos da prática clínica. O autor sugeriu que os cursos de pré-registo e de licenciatura precisariam de incorporar um maior enfoque na fisiopatologia e farmacologia de forma a melhor prepararem os enfermeiros para o papel de prescritor.

A evidência inicial obtida a partir da prática clínica dos enfermeiros comunitários, bem como dos primeiros enfermeiros prescritores alargados independentes, suporta a visão de que a farmacologia, avaliação física e diagnóstico são tudo áreas nas quais os enfermeiros se sentem mal preparados para o papel de prescritor (Courtenay & Carey, 2008; cit. por CIE, 2013)^{XCIII}. Uma série de estudos de investigação recentes verificou que os

^{XCIII} Relativamente a esta matéria, o nosso questionário concluiu que a farmacologia é a disciplina onde os enfermeiros sentem mais necessidade de formação independentemente da modalidade de prescrição.

enfermeiros com mais qualificações académicas, mais experiência e formação especializada prescreviam mais produtos, davam menos erros na prescrição, usavam mais prescrição independente e menos prescrição suplementar do que aqueles sem formação especializada e também tinham maior probabilidade de considerar que a formação tinha ido ao encontro das suas necessidades. Por exemplo, os Enfermeiros Especializados em Diabetes (*Diabetes Specialist Nurse*, DSN) prescritores tiveram um tal impacto na redução dos erros de prescrição e consequente duração do internamento que a poupança de custos foi suficiente para financiar o custo de uma vaga de DSN prescritores (Courtenay et al, 2007; cit. por CIE, 2013). Estes resultados sugerem que quer a preparação pré-registo quer a formação especializada pós-registo são a chave para colher na íntegra os benefícios da prescrição pelos enfermeiros.

A prática da prescrição pelos enfermeiros assenta fortemente na autorregulação das profissões e a evidência sugere que é necessário que estejam implementados quadros de referência robustos para a governação clínica, de forma a apoiar os enfermeiros prescritores^{XCIV}. Uma auditoria realizada em Kent e Medway registou que 78% dos enfermeiros prescritores sentiam que a sua prática deveria ser avaliada, uma vez que o âmbito dos documentos da prática clínica, cada vez mais utilizados nos serviços de cuidados de saúde primários para assegurar a governação e a segurança dos doentes, apenas são esporadicamente utilizados nos consultórios dos médicos de clínica geral (Baird, 2006; McKay, 2007; cit. por CIE, 2013). Os sistemas de governação clínica devem, assim, incluir políticas, boas práticas e programas estruturados para o desenvolvimento profissional contínuo e respetivo apoio (DoH, 2006; cit. por CIE, 2013).

Estados Unidos da América

Os enfermeiros prescritores nos EUA seguiram de perto o desenvolvimento do papel do Enfermeiro de Prática Avançada (*Advanced Practice Registered Nurse*, APRN). Inicialmente, os enfermeiros de prática avançada foram considerados como uma solução

^{XCIV} Como se pode constatar pelo capítulo 1 e subcapítulo 3.2.2 a questão da autorregulação da Enfermagem Portuguesa, nomeadamente na área da prescrição, está devidamente consolidada, faltando, no entanto, a publicação dos referenciais técnicos.

potencial para os problemas causados pela carência de médicos nos cuidados de saúde primários (Towers 1999; cit. por CIE, 2013).

Nos EUA, os APRN são o grupo de enfermeiros com maior probabilidade de prescrever. Inclui os enfermeiros NP, enfermeiros anestesistas certificados (*certified registered nurse anaesthetists*), enfermeiros obstétricos (*nurse midwives*) e enfermeiros clínicos especialistas (*clinical nurse specialists*). A capacidade de prescrição para cada tipo de APRN varia consoante o cargo e os estatutos de cada Estado. Por exemplo, muitos Estados não permitem aos enfermeiros clínicos especialistas a prescrição de medicamentos, enquanto praticamente todos permitem aos NP a prescrição dos mesmos (Pearson, 2008; *Nurse Practitioner*, 2008; cit. por CIE, 2013). A prescrição pelos enfermeiros nos EUA focou-se quer no sector primário quer no sector secundário de cuidados. Os enfermeiros com o respetivo título profissional (NP) já existem desde meados da década de 1960, mas foram necessários muitos anos para a prescrição ser alargada a todo o país, tendo sido determinante para esse facto a proactividade dos próprios na campanha pelo reconhecimento do título e pela autoridade de prescrição (Towers, 1999; cit. por CIE, 2013).

Os enfermeiros NP em todos os Estados e no Distrito de Colúmbia têm o poder de prescrição (AANP 2008; Pearson 2008; Phillips 2008; cit. por CIE, 2013), variando o nível de autonomia entre os diferentes Estados. A autoridade de prescrição vai da autoridade independente integral, à prescrição com a exclusão de substâncias controladas ou a prescrição por um indivíduo com a autoridade colaborativa de um médico.

A autoridade de prescrição é detida sobretudo pelos enfermeiros NP, pelos enfermeiros obstétricos certificados (*Certified Registered Nurse Midwives*) e pelos enfermeiros especialistas em psiquiatria (*psychiatric clinical nurse specialists*). Em muitos Estados, os enfermeiros anestesistas certificados estão a procurar, e está a ser-lhes concedida, uma maior autoridade de prescrição independente, como por exemplo, para intervenções cirúrgicas minor e para o controlo da dor, à medida que o seu papel ganha relevo nos cuidados prestados nos centros comunitários. Na maioria dos Estados tem sido exigido aos enfermeiros de prática avançada que tenham uma qualificação de pós-graduação avançada ou uma formação especializada para obter a sua licença. Desta forma, ainda que efetivamente haja enfermeiros NP sem um mestrado, o seu número é reduzido. A preparação ao nível do mestrado é agora um requisito de certificação por parte da

Associação Americana de Escolas de Enfermagem (*American Association of Colleges of Nursing*, AACN).

A publicação “Fundamentos da Educação ao Nível de Mestrado para a Enfermagem de Prática Avançada” (*Essentials of Master’s Education for Advanced Practice Nursing*) (AACN, 1996; cit. por CIE, 2013) apresenta o quadro de referência para a conceção e avaliação dos programas de ensino ao nível de mestrado para a enfermagem de prática avançada. Especifica que são necessários programas de enfermagem de prática avançada nas áreas de fisiopatologia, farmacologia e avaliação de saúde avançada. Em 2004 a AACN propunha que, até 2015, a preparação para a especialização em enfermagem ocorresse ao nível do doutoramento (AACN, 2006). Um quadro atualizado de critérios para os programas de NP, publicado em 2008 pelo Grupo de Trabalho Nacional para a Qualidade do Ensino dos enfermeiros NP (*National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education*), estipulava que os programas de NP fossem ao nível da licenciatura e que estes tivessem de ser acreditados por um organismo de acreditação de enfermagem reconhecido a nível nacional (NTF, 2008). Para melhorar a consistência nacional da regulamentação, foi proposto em Julho de 2008 um modelo de consenso que descreve a atribuição de licenças, acreditação, certificação e ensino de enfermeiros de prática avançada (*APRN Consensus Workgroup*, 2008; cit. por ICN, 2013).

Muitos médicos, a título individual, apoiaram o desenvolvimento de papéis de prescrição para os enfermeiros e a oposição veio sobretudo de grupos profissionais organizados que representavam a medicina e, em alguns casos, os farmacêuticos^{XCV} (Towers, 1999; cit. por ICN, 2013). Tal é ainda referido como sendo um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento deste papel pelos enfermeiros. A estratégia utilizada pelos enfermeiros e pelas organizações de enfermagem consistiu em melhorar os conhecimentos dos grupos opositores relativamente à prescrição pelos enfermeiros, de modo a diminuir os seus receios e a encorajar a sua colaboração. Desenvolveram-se plataformas colaborativas e avançou-se inicialmente com um leque limitado de medicações para prescrição pelos enfermeiros.

^{XCV} A perceção da influência dos outros grupos profissionais para a concretização da prescrição por enfermeiros em Portugal também é estudada no nosso questionário.

Anexo 2 – Bibliografia das leituras exploratórias

1. Agreda, J. (2006) Prescripción enfermera en el ámbito gerontológico, *Gerokomos*, 17 (4), 180.
2. Agreda, J.; Rodríguez, S. (2006) Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión, *Gerokomos*, 17 (4), 203 – 224.
3. Allsop, A. *et al.* (2005) Supplementary prescribing in mental health and learning disabilities, *Nursing Standard*, 19 (30), 54 – 58.
4. Alvim, N. *et al.* (2006) O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14 (3).
5. Baird A (2005) Independent and supplementary prescribing and PGDs, *Nursing Standard*, 19 (51), 51-56.
6. Baird, A. (2004) Prescription only, *Primary Health Care*, 14 (6), 18 – 20.
7. Banicek, J. (2012) Attitudes of postoperative patients towards hospital nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 10 (12), 612 – 618.
8. Banning, M. (2006) Medication review: the role of nurse prescribers and community matrons, *Nurse Prescribing*, 4 (5), 198 – 204.
9. Barlow, M. *et al.* (2008) Nurse prescribing in an Alzheimer's disease service: a reflective account, *Mental Health Practice*, 11 (7), 32 – 35.
10. Berry, D.; Bradlow, A.; Courtenay, M. (2008) Patients' attitudes towards, and information needs in relation to, nurse prescribing in rheumatology, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 266 – 273.
11. Berry, D.; Courtenay, M.; Bersellini, E. (2006) Attitudes towards, and information needs in relation to, supplementary nurse prescribing in the UK: an empirical study, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 22 – 28.
12. Betts, H.; Burgess, J. (2006) *A Preliminary Evaluation of the First e-Learning Nurse Prescribing Course in England*, IOS Press.
13. Blanchflower, J.; Greene, L.; Thorp, C. (2013) Breaking down the barriers to nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 11 (1), 44 – 47.

14. Blenkinsopp, A. (2002) Staying safe when prescribing, *Primary Health Care*, 12 (7),?.
15. Bowden, L. (2005) The impact of nurse prescribing on the role of the district Nurse, *Nurse Prescribing*, 3 (2), 79 – 86.
16. Bradley, E.; Campbell, P.; Nolan, P. (2005) Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role?, *Journal of Advanced Nursing*, 51 (5), 439 – 448.
17. Bradley, E.; Nolan, P. (2007) Impact of nurse prescribing: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, 59 (2), 120 – 128.
18. Bradley, E.; Wain, P.; Nolan, P. (2008) Putting mental health Nurse prescribing into practice, *Nurse Prescribing*, 6 (1), 15 – 19.
19. Brown, W.; McDermott, J. (2005) Non-medical prescribing in an outpatient setting: renal services, *Nurse Prescribing*, 3 (5), 210 – 216.
20. Caballero, J. (2010) Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral ejemplos de prescripción enfermeira, *Medicina y Seguridad del trabajo*, 56 (221), 328 – 346.
21. Camp, J. (2008) Public policy implementation of nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 6 (6), 252 – 257.
22. Carey, N. *et al.* (2008), An evaluation of a Diabetes Specialist Nurse prescriber on the system of delivering medicines to patients with diabetes, *Journal of Clinical Nursing*, 1635 – 1644.
23. Carey, N.; Courtenay, M. (2008) Nurse supplementary prescribing for patients with diabetes: a national questionnaire survey, *Journal of Clinical Nursing* 17, 2185 – 2193.
24. Carey, N.; Courtenay, M. (2010) An exploration of the continuing professional development needs of nurse independent prescribers and nurse supplementary prescribers who prescribe medicines for patients with diabetes, *Journal of Clinical Nursing* 19, 208 – 216.
25. Carey, N.; Courtenay, M.; Burje, J. (2007) Supplementary nurse prescribing for patients with skin conditions: a national questionnaire survey, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1230 – 1237.
26. Carey, N.; Stenner, K.; Courtenay, M. (2009) Adopting the prescribing role in practice: exploring nurses' views in a specialist children's hospital, *Paediatric Nursing*, 21 (9), 25 – 29.

27. Carey, N.; Stenner, K.; Courtenay, M. (2009) Stakeholder views on the impact of nurse prescribing on dermatology services, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 498–506.
28. Carey, N.; Stenner, K.; Courtenay, M. (2009) Views on implementing nurse prescribing in a specialist children's hospital, *Nurse Prescribing*, 7 (5), 205 – 210.
29. Carvalho, E. *et al.* (2008) Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16 (4).
30. Chapman, S. (2007) Developing decision support systems for nurse prescribers, *Nurse Prescribing*, 5 (6), 251 – 255.
31. Coleman, D. (2005) Medication compliance in the elderly, *Journal of Community Nursing*, 19 (8), 4 – 6.
32. Cooke, I. (2007) Community prescribing and wounds, *Journal of Community Nursing*, 21 (3), 4 – 8.
33. Cooper, R. (2012) Making the case for ethical decision-making models, *Nurse Prescribing*, 10 (12), 607 – 611.
34. Coull, A. *et al.* (?) The expansion of nurse prescribing in Scotland: an evaluation, *British Journal of Community Nursing*, 18 (5), 234 – 242.
35. Courtenay, M. (?) Nurse prescribing, policy, practice and evidence base, *British Journal of Community Nursing*, 13 (12), 563 - 566.
36. Courtenay, M. (2006) Independent and supplementary prescribing: an overview, *Primary Health Care*, 16 (1), 21 – 24.
37. Courtenay, M. (2006), Nurse prescribing update, *Journal of Community Nursing*, 29 (2), 13 – 16.
38. Courtenay, M. (2007) Nurse prescribing – the benefits and the pitfalls, *Journal of Community Nursing*, 21 (11), 11 – 14.
39. Courtenay, M. (2007) Prescribing 2007, *Journal of Community Nursing*, 21 (7), 11 – 13.
40. Courtenay, M. *et al.* (2011) Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking, *British Journal of Dermatology*, 164, 396 – 401.
41. Courtenay, M.; Berry, D. (2007) Comparing nurses' and doctors' views of nurse prescribing: a questionnaire survey, *Nurse Prescribing*, 5 (5), 205 – 210.

42. Courtenay, M.; Carey, N.; Burke, J. (2007) Independent extended nurse prescribing for patients with skin conditions: a national questionnaire survey, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1247 – 1255.
43. Courtenay, M.; Carey, N.; Stenner, K. (2009) Nurse prescriber–patient consultations: a case study in dermatology, *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6), 1207 – 1217.
44. Courtenay, M.; Latter, S. (2004) Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing*, 13, 26 – 32.
45. Courtenay, M.; Stenner, K.; Carey, N. (2010) The views of patients with diabetes about nurse prescribing, *Diabetic Medicine*, 27, 1049 – 1054.
46. Creedon, R. (2010) Nurse prescribing and the need for CPD: an Irish perspective, *Nurse Prescribing*, 8 (9), 445 – 448.
47. Creedon, R.; O’Connell, E. (2009) Introducing nurse prescribing: an Irish perspective, *Nurse Prescribing*, 7 (11), 507 – 511.
48. Creedon, R.; O’Connell, E.; McCarthy, G.; Lehane, B. (2009) An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review, *British Journal of Nursing*, 18 (21), 1322 – 1327.
49. Creedon, R.; O’Connell, E.; McCarthy, G.; Lehane, B. (2009) An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review, *British Journal of Nursing*, 18 (22), 1398 – 1402.
50. Culley, F. (2010) Professional considerations for nurse prescribers, *Nursing Standard*, 24 (43), 55 – 60.
51. Daughtry, J. (2010) A qualitative study of practice nurses’ prescribing experiences, *Practice Nursing*, 21 (6), 310 – 314.
52. Davies, D. (2010) Nurse prescribing, *Journal of Community Nursing*, 24 (3), 4 – 6.
53. Davies, J. (2005) Health visitors' perceptions of nurse prescribing: a qualitative field work study, *Nurse Prescribing*, 3 (4), 168 – 172.
54. Davis, K.; Drennan, V. (2007) Evaluating nurse prescribing behaviour using constipation as a case study, *International Journal of Nursing Practice*, 13, 243 – 253.
55. Dhalivaal, J. (2011) Patients’ perspectives on prescribing by nurses in general practice, *Practice Nursing*, 22 (1), 41 – 46.

56. Dimond, B. (2005) Prescription and medication records, *British Journal of Nursing*, 14 (22), 1203 – 1205.
57. Dobel – Ober, D.; Brimblecombe, N.; Bradley, E. (2010) Nurse prescribing in mental health: national survey, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 487 – 493.
58. Downer, F.; Shepherd, C. (?) District nurses prescribing as nurse independent prescribers, *British Journal of Community Nursing*, 15 (7), 348 – 352.
59. Earle, E.; Taylor, J.; Peet, M.; Grant, G. (2011), Nurse prescribing in specialist mental health (part 2): the views and experiences of psychiatrists and health professionals, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 281 – 287.
60. Earle, E.; Taylor, J.; Peet, M.; Grant, G. (2011), Nurse prescribing in specialist mental health (part 1): the views and experiences of practising and nonpractising nurse prescribers and service users, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 189 – 197.
61. Filho, W.; Lunardi, G.; Paulitsch, F. (1997) A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de Comunicação nas relações multiprofissionais e intra equipe de Enfermagem: relato de experiência, *Revista latino-americana de enfermagem - Ribeirão Preto*, 5 (3), 63-69.
62. Fisher R. (2010) Nurse prescribing: A vehicle for improved collaboration, or a stumbling block to inter-professional working?, *International Journal of Nursing Practice*, 16, 579–585.
63. Fisher, R. (?) District nurses: relationships in nurse prescribing, *British Journal of Community Nursing*, 9 (10), 416 – 419.
64. Fisher, R. (?) Relationships in nurse prescribing: revealing the processes, *British Journal of Community Nursing*, 14 (12), 518 – 524.
65. Fisher, R. (2005) Relationships in nurse prescribing in district nursing practice in England: A preliminary investigation, *International Journal of Nursing Practice*, 11, 102 – 107.
66. Fowler, J. (2006) The importance of reflective practice for Nurse prescribers, *Nurse Prescribing*, 4 (3), 103 – 106.
67. Franklin, P. (2005) OSCEs as a means of assessment for the practice of nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 3 (1), 14 – 23.

68. García, M.; Arévalo, F. (2012) Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica, *Enfermería Global*, 25, 207 – 218.
69. Gerrish, L. (2005) Implementing nurse prescribing within the haemodialysis unit, *ERCA Journal*, 31 (3), 147 – 151.
70. Gibson, F.; Khair, K.; Pike, S. (2003) Nurse prescribing: children's nurses' views, *Paediatric Nursing*, 15 (1), 20 – 25.
71. Gray, J. (2005) Prescribing childhood immunizations: a complex issue?, *Nurse Prescribing*, 3 (2), 64 – 67.
72. Green, B.; Courtney, H. (2008) Evaluating the investment: a survey of non-medical prescribing, *Mental Health Practice*, 12 (1), 28 – 32.
73. Griffith, R. (?) Legal requirements for the prescribing and administration of medicines, *British Journal of Community Nursing*, 12 (10), 477 – 481.
74. Hall, J.; Cantrill, J.; Noyce, P. (2006) Why don't trained community nurse prescribers prescribe?, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 403 – 412.
75. Hart, M. (2013) Investigating the progress of community matron prescribing, *Primary Health Care*, 23 (2), 26 – 31.
76. Hay, A. et al (2004) Supplementary Nurse prescribing, *Nursing Standard*, 18 (41), 33 – 39.
77. Hemingway, S. (2003) Nurse prescribing for mental health nurses: scripting the issues, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 239 – 245.
78. Hicks, C; Tyler, C. (2002) Assessing the skills for family planning nurse prescribing: development of a psychometrically sound training needs analysis instrument, *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6), 518 – 531.
79. Hogg, D.; Schelowok, C. (2009) The need for V150 prescribing, *Nurse Prescribing*, 7 (3), 122 – 125.
80. Hughes, C. (2010) The role of the nurse independent prescriber, *Mental Health Practice*, 13 (5), 16 – 20.
81. Inman, P. (2013), Nurse prescribing in mental health: why it makes sense, *Nurse Prescribing*, 11 (8), 407 – 410.
82. James, J. (2005) Inpatients, insulin, prescribing and partnerships in a hospital setting, *Nurse Prescribing*, 3 (6), 238 – 243.
83. Johnson, Z.; Griffiths, P.; Birch, M. (2003) Nurse prescribing in glaucoma, *Eye* 17, 47 – 52.

84. Johnston, A. (2009) Monthly medical education for prescribing nurses, *Nurse Prescribing*, 7 (6), 263 – 266.
85. Jones, A. (2008) Exploring independent nurse prescribing for mental health settings, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 109 – 117.
86. Jones, A.; Jones, M. (2005) Mental health nurse prescribing: issues for the UK, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 527 – 535.
87. Jones, K. (2009) Developing a prescribing role for acute care nurses, *Nursing Management*, 16 (7), 24 – 28.
88. Jones, K. *et al.* (2005) Action learning to provide continuing professional development, *Nurse Prescribing*, 3 (4), 156 – 158.
89. Jones, K.; Edwards, M.; While, A. (2011) Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study, *Journal of Advanced Nursing*, 67 (1), 117 – 126.
90. Jones, M. (2004) Case Report. Nurse prescribing: a case study in policy influence, *Journal of Nursing Management*, 12, 266 – 272.
91. Jones, M.; Bennet, J.; Lucas, B.; Miller, D.; Gray, R. (2007) Mental health nurse supplementary prescribing: experiences of mental health nurses, psychiatrists and patients, *Journal of Advanced Nursing*, 59 (5), 488 – 496.
92. Jones, M.; Robson, D.; Whitfield, S.; Gray, R. (2010) Does psychopharmacology training enhance the knowledge of mental health nurses who prescribe, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 804 – 812.
93. Jordan, S.; Griffiths, H. (2004) Nurse prescribing: developing the evaluation agenda, *Nursing Standard*, 18 (29), 40 – 44.
94. Jukes, M.; Millard, J.; Chessum, C. (2004) Nurse Prescribing: a case for clinical supervision, *British Journal of Community Nursing*, 9 (7), 291 – 297.
95. Jutel, A.; Menkes, D. (2010) Nurses' reported influence on the prescription and use of medication, *International Nursing Review* 57, 92 – 97.
96. Karim, K. (2007) Independent nurse prescribing for patients with tuberculosis, *Nurse Prescribing*, 5 (3), 97 – 102.
97. Keenan, J. (2006) Nurse prescribing for patients with coronary heart disease, *Nurse Prescribing*, 4 (3), 92 – 97.
98. Kimmer, E.; Christian, A. (2005) A review of the usefulness and efficacy of independent nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 3 (1), 39 – 42.
99. King, R. (2004) Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs, *Journal of Advanced Nursing*, 45 (4), 392 – 400.

100. Kroezen, M. *et al.* (2011) Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature, *BMC Health Services Research*, 11 (127) – consultado em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/127>.
101. Lakasing, E. (2006) Medical mentors: finding and maintaining successful partnerships, *Nurse Prescribing*, 4 (2), 73 – 76.
102. Langridge, P. (2004) Extended independent and supplementary prescribing: an update, *Paediatric Nursing*, 16 (3), 21 – 23.
103. Larsen, D. (2004) Issues affecting the growth of independent prescribing, *Nursing Standard*, 19 (2), 33-39.
104. Latter, S. (2008) Safety and quality in independent prescribing: an evidence review, *Nurse Prescribing*, 6 (2), 59 – 66.
105. Learner, S. (2006) Prescription for change, *Nursing Standard*, 20 (32), 20 – 21.
106. Leung, J. (2002) The extended nurse prescribing curriculum, *British Journal of Community Nursing*, 7 (3), 143 – 147.
107. Lewis-Evans, A.; Jester, R. (2004) Nurse prescribers' experiences of prescribing, *Journal of Clinical Nursing*, 13, 796–805.
108. Lockwood, E.; Fealy, G. (2008) Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists, *Journal of Nursing Management* 16, 813 – 820.
109. Loveridge, N. (2005) Power to prescribe, *Emergency Nurse*, 3 (2), 18 – 19.
110. Marczewski, K. (2013) A case study on prescribing strong opioids for an older patient, *Nurse Prescribing* 11 (1), 40 – 43.
111. Martínez, M. (2012) Implicación de la enfermeira en la prescripción electrónica segura, *Gerokomos*, 23 (3), 103-109.
112. McHale, J. (2010) Nurse prescribing: does more responsibility mean more litigation?, *British Journal of Nursing*, 19 (5), 315 – 317.
113. Medeiros, R.; Pereira, V.; Medeiros, S. (2011) Vigilância em saúde na enfermagem: o caso das medicações sem prescrição em crianças, *Esc. Anna Nery*, 15 (2), 233 – 237.
114. Miles, K.; Sefton, O.; McGilvray, M. (2006) Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations, *International Nursing Review*, 53, 290 – 296.

115. Mundt-Leach, R. (2012) Non-medical prescribing by specialist addictions nurses, *Mental Health Practice*, 16 (3), 28 – 31.
116. Murray, A. (2007) Nurse prescribing in older persons' mental health, *Nurse Prescribing*, 5 (9), 401 – 407.
117. Neto, F. *et al.* (2007) Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (2), 133 – 140.
118. Nolan, P. *et al.* (2004) Nurse prescribing: the experiences of psychiatric nurses in the United States, *Nursing Standard*, 18 (26), 33 – 38.
119. Nolan, P.; Haque, M.; Badger, F.; Dyke, R.; Kahn, I. (2001) Mental health nurses' perceptions of nurse prescribing, *Journal of Advanced Nursing*, 36 (4), 527 – 534.
120. Oguisso, T.; Freitas, G. (2007) Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (2), 141 – 144.
121. Oldknow, H. (2012) The future for mental health non-medical prescribers, *Nurse Prescribing*, 10 (4), 202 – 205.
122. Picton, C.; Granby, T. (2002) Maintaining and developing competencies in Nurse prescribing, *British Journal of Community Nursing*, 7 (2), 90 – 93.
123. Rana, T.; Bradley, E.; Nolan, P. (2009) Survey of psychiatrists' views of nurse prescribing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 257 – 262.
124. Rassool, G. (2004) Prescription for Change: Perspectives on Prescribing Authority for Addiction Nurses in the United Kingdom, *Journal of Addictions Nursing*, 15, 193 – 197.
125. Reynolds, V. (2013) Using the prescribing pyramid in managing wound infections: part 2, *Nurse Prescribing*, 11 (6), 284 – 290.
126. Ross, J. (2009) Researching the barriers to mental health nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 7 (6), 249 – 253.
127. Ross, J.; Kettles, A. (2012) Mental health nurse independent prescribing: what are nurse prescribers' views of the barriers to implementation?, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 916 – 932.
128. Ryan-Woolley, B.; McHugh, G.; Luker, K. (2007) Prescribing by specialist nurses in cancer and palliative care: results of a national survey, *Palliative Medicine*, 21, 273 – 277.

129. Ryan-Woolley, B.; McHugh, G.; Luker, K. (?) Exploring the views of Nurse prescribing among Macmillan nurses, *British Journal of Community Nursing*, 13 (4), 171 – 177.
130. Scrafton, J.; Mckinnon, J.; Kane, R. (2012) Exploring nurses' experiences of prescribing in secondary care: informing future education and practice, *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2044 – 2053.
131. Silva, R.; Nascimento, M. (2012) Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática, *Rev Esc Enferm USP*, 46 (2), 413 – 419.
132. Skingsley D.; Bradley E.; Nolan, P. (2006) Neuropharmacology and mental health nurse prescribers, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 989 – 997.
133. Snow, T. (2008) Prescribing as patients, *Nursing Standard*, 22 (21), 10 – 11.
134. Snowden, A. (2006) Evaluating nurse prescribing in mental health patients: a pilot study, *Nurse Prescribing*, 4 (6), 250 – 255.
135. Snowden, A. (2006) Exploring the impact of mental health nurse prescribing, *British Journal of Nursing*, 15 (20), 1114 – 1118.
136. Snowden, A. (2007) Is mental health nurse prescribing qualitatively different?, *Nurse Prescribing*, 5 (2), 66 – 73.
137. Snowden, A. (2007) Mental health prescribing in Scotland: time for change, *Nurse Prescribing*, 5 (11), 493 – 498.
138. Snowden, A. (2007) Why mental health nurses should prescribe, *Nurse Prescribing*, 5 (5), 193 – 198.
139. Snowden, A.; Martin, C. (2010) Mental health nurse prescribing: a difficult pill to swallow?, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 543 – 553.
140. Snowden, A. (2008) Quantitative analysis of mental health Nurse prescribers in Scotland, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 471 – 478.
141. Sodha, M.; McLaughlin, M.; Williams, G.; Dhillon, S. (2002) Nurses' confidence and pharmacological knowledge: a study, *British Journal of Community Nursing*, 7 (6), 309 – 315.
142. Stenner, K.; Carey, N.; Courtenay, M. (2009) Nurse prescribing in dermatology: doctors' and non-prescribing nurses' views, *Journal of Advanced Nursing*, 65 (4), 851 – 859.

143. Stenner, K.; Carey, N.; Courtenay, M. (2010) How nurse prescribing influences the role of nursing, *Nurse Prescribing*, 8 (1), 29 – 34.
144. Stenner, K.; Carey, N.; Courtenay, M. (2010) Implementing nurse prescribing: a case study in diabetes, *Journal of Advanced Nursing*, 66 (3), 522 – 531.
145. Stenner, K.; Courtenay, M. (2008) Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views, *Journal of Advanced Nursing*, 63 (1), 27 – 35.
146. Stenner, K.; Courtenay, M. (2008) The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain, *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 276 – 283.
147. Strickland-Hodge, B. (2008) Nurse prescribing: the elephant in the room?, *Quality in Primary Care*, 16, 103 – 107.
148. Stuttle, B. (2010) Non-medical prescribing will remain key in years to come, *Nurse Prescribing*, 8 (11), 515.
149. Surridge, A.; Spriggs, T. (2006) Supporting nurse prescribers - a Welsh perspective, *Journal of Community Nursing*, 20 (10), 10 – 14.
150. Teasdale, S. (2005) Reducing the risk of coronary heart disease: targeting cholesterol, *Nurse Prescribing*, 3 (3), 115 – 120.
151. Travers, J. (2005) Professional issues for the future of nurse prescribing: a qualitative study, *Nurse Prescribing*, 3 (4), 164 – 167.
152. Tyler, C.; Hicks, C. (2001) The occupational profile and associated training needs of the nurse prescriber: an empirical study of family planning nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (5), 644 – 653.
153. Versa, G. et al. (2012) Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33 (2), 28 – 35.
154. Walsh, J. (2006) Non-medical prescribing in nurse-led community leg ulcer clinics, *British journal of Nursing*, 15 (11), 14 – 16.
155. Warner, D. (2005) Theory of nurse prescribing, *Journal of Community Nursing*, 19 (4), 12 – 16.
156. Wells, J. et al. (2009) Views on nurse prescribing: a survey of community mental health nurses in the Republic of Ireland, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 10 – 17.
157. While, A.; Biggs, K. (2004) Benefits and challenges of nurse prescribing, *Journal of Advanced Nursing*, 45 (6), 559 – 567.

158. Whitaker, L. (2006) The developing role of the night nurse practitioner: the impact of nurse prescribing, *Nurse Prescribing*, 4 (4), 161 – 164.
159. Wilhelmsson, S.; Ek, A.; Akerlind, I. (2001) Opinions about district nurses prescribing, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 326 – 330.
160. Wilhelmsson, S.; Foldevi, M. (2003) Exploring views on Swedish district nurses' prescribing – a focus group study in primary health care, *Journal of Clinical Nursing*, 12, 643–650.
161. Wilkinson, K. (2005) Supplementary prescribing for overactive bladder, *Nursing Standard*, 19 (19), 38 – 42.
162. Wilson, M.; Gerber, K.; Mahoney, S.; Odell, M. (2012) An audit of independent nurse prescribing in a critical care outreach team, *Nursing in Critical Care*, 17 (2), 83 – 89.
163. Young, D.; Jenkins, R.; Mabbett, M. (2009) Nurse prescribing: an interpretative phenomenological analysis, *Primary Health Care*, 19 (7), 32 – 36.

Anexo 3 – Competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do Canadá

Competências a desenvolver pelos enfermeiros especialistas em reabilitação canadianos

1. Planeamento de alta e transição

- a. Avalia a capacidade do cliente para a alta e transição (ex.: objetivos do cliente e família, conhecimento sobre autocuidado e respetivas competências, conhecimentos e competências do cuidador, nível de funcionalidade, suporte familiar e social, estado financeiro, ambiente domiciliar, recursos da comunidade, transportes, questões legais).
- b. Seleciona as intervenções de enfermagem facilitadoras da alta e transição:
 - i. Planeia a alta e transição com a equipa, cliente e família, no âmbito da reabilitação, através de reuniões de equipa, reuniões familiares e contactos com parceiros sociais.
 - ii. Educa o cliente e família sobre habilidades para a gestão do autocuidado (ex.: automedicação, AVD's, segurança no domicílio, compreensão da incapacidade, auxiliares de memória, etc.).
 - iii. Facilita a reintegração do cliente na comunidade (ex.: encaminha para cuidados e serviços, avalia condições e disponibilidade de transportes, avalia e recomenda adaptações ambientais).

2. Padrões funcionais de saúde: mobilidade, sexualidade, sono e descanso

a. Mobilidade

i. Avalia a mobilidade tendo em consideração:

- a) Estado prévio e atual do cliente (nível de funcionalidade, barreiras ambientais, comorbilidades, regime medicamentoso, estilos de vida).
- b) Indicadores físicos (endurance, força muscular, tónus, coordenação e balanço, amplitude de movimentos, marcha, transferência, espasticidade, rigidez, tremores, reflexos, peso, dor).

- c) Indicadores psicossociais (motivação, expectativas, depressão, tristeza, autoestima, imagem corporal) e cognitivos (julgamento, atenção, iniciativa, desenvolvimento, impulsividade, propriocepção, memória, consciência, orientação).
- ii. Seleciona as intervenções de enfermagem adequadas para manter e melhorar a mobilidade:
- a) Promove a utilização adequada das ajudas técnicas (ex.: canadianas, bengala, andarilhos, talas).
 - b) Assegura a segurança das técnicas de transferência (ex.: mobilizar-se entre a cadeira de rodas e a cama, no wc para a banheira e banco, posicionamentos, mecânica corporal).
 - c) Providencia oportunidades para o cliente alcançar a mobilidade ótima (ex.: gestão da dor, gestão da espasticidade, posicionamentos, amplitude de movimentos, adequação do ambiente, prevenção de quedas).
 - d) Providencia educação sobre um ambiente seguro e acessível (ex.: ajudas técnicas, acesso ao wc, iluminação, disponibilidade de assistência, efeitos iatrogênicos da medicação, transportes, barreiras ambientais, atividades físicas).

b. Sexualidade

iii. Avalia a sexualidade tendo em consideração:

- a) Estado prévio e corrente (ex.: função sexual, comorbilidades, regime medicamentoso, crenças e valores, estágio de desenvolvimento, uso de medidas contraceptivas, história de abusos, compreensão do impactos das condicionantes de saúde na função sexual e no sistema

reprodutor, prontidão e nível de conforto para discutir a sexualidade).

b) Indicadores físicos (ex.: dor, incapacidade motor ou sensorial, alterações no intestino e bexiga, mobilidade e amplitude de movimento, mudanças na fertilidade, disreflexia autonómica).

c) Indicadores psicossociais (ex.: ajustamento à incapacidade; impacto da incapacidade no indivíduo, parceiro/a e sistema familiar; aspetos relacionais; ajustamento do seu papel; ajustamento no seio familiar; risco de abuso) e indicadores cognitivos (impulsividade, desinibição, memória, estágio de desenvolvimento, nível de maturação).

iv. Seleciona intervenções de enfermagem de reabilitação para melhorar e dar suporte à função sexual:

a) Educa o cliente no sentido de adotar práticas sexuais saudáveis e que vão de encontro às suas necessidades (ex.: posicionamento, maximização da função, pressão dos pares, DST, disreflexia, comunicação das necessidades, ajudas técnicas e métodos, contraceção, considerações ao nível da bexiga e intestino).

b) Discute as mudanças na função sexual com o cliente (Ex: gestão do comportamento sexual, competências sociais de carácter sexual, imagem corporal, questões relacionadas com o/a parceiro/a, construção e manutenção de relações, tecnologias reprodutivas).

c) Cria oportunidades para o cliente e parceiro/a terem acesso a aconselhamento relacionado com a perceção das mudanças ao nível da sexualidade (ex.: autoimagem, mudança de papéis, aplica o modelo Plissit).

c. Padrões de sono e descanso

i. Avalia os padrões de sono e repouso tendo em consideração:

a) Estado atual e prévio (ex.: utilização de medicação, consumo de cafeína, rotinas de sono e estratégias associadas, dor, condição da saúde mental, apneia de sono,

mudanças nos estilos de vida, nível de stress, pesadelos, medo, ansiedade, mecanismos de coping).

b) Indicadores físicos (ex.: gravação de um ritmo circadiano, fadiga e sonolência, mobilidade, dor, espasticidade, estágio de desenvolvimento, ambiente, desassossego); testes diagnósticos (ex.: estudos do sono, pulsoximetria) e indicadores cognitivos (ex.: nível de consciência, delírio, orientação, irritabilidade).

ii. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação que otimizem o sono e descanso:

a) Estabelece um plano com o cliente que ajude a otimizar o padrão de sono e despertar (ex.: temperatura, barulho, luz, interrupções, posicionamentos, sedativos, estratégias alternativas, controlo da dor, visualização).

b) Educa o cliente e família sobre o sono e rotinas de descanso com base em padrões prévios e estado corrente (ex.: programa de reabilitação e seu horário, gravação do sono, utilização de oxigénio, uso de medicação).

3. Padrões funcionais de saúde: sensorial e dor

a. Sensorial

i. Avalia os padrões sensoriais e percepcionais (ex.: audição, visão, tato, propriocepção) tendo em consideração:

a) Estado atual e prévio (ex.: diabetes, problemas neurológicos, trauma, cataratas, glaucoma, uso de ajudas técnicas, efeito na qualidade de vida, uso de medicação, dor).

b) Indicadores físicos (ex.: alterações auditivas e visuais, ptose, reflexo pupilar, alterações na sensação, cheiro e paladar, zumbidos, vertigens, equilíbrio).

c) Indicadores cognitivos (ex.: orientação e habilidade para seguir comandos e conversas, julgamento, delírio, demência, agnosia, alucinações) e psicológicos (ex.: frustração, isolamento social, medo, ansiedade).

ii. Seleciona intervenções de enfermagem para manter e promover a função sensorial e perceptiva:

- a) Adapta o ambiente de forma a acomodar os déficits sensoriais e perceptivos (ex.: treino de sentidos, colocar objetos no campo visual, codificação por cores, minimização da exposição a temperaturas extremas, observar e controlar as fontes de dor, repetir rotinas, prevenir quedas e lesões).
- b) Facilita a utilização de ajudas técnicas (ex.: lentes amplificadoras, palas oculares, aparelhos auditivos, óculos).
- c) Facilita a utilização de técnicas ou ferramentas de comunicação (ex.: redução do barulho de fundo; falar devagar, de forma clara e direta; métodos alternativos, escalas de dor).

b. Dor

i. Avalia o nível de dor tendo em consideração:

- a) Estado atual e prévio (ex.: comorbilidades e complicações clínicas, história da dor, utilização de escalas da dor, nível do controlo da dor, estilos de vida, estratégias de coping, impacto da dor no funcionamento, tipo de dor, abuso de substâncias, medicação, terapias alternativas).
- b) Indicadores físicos (ex.: fadiga, posição de defesa, queixas verbais e não verbais, inutilização da área afetada, presença de infeção, distúrbios do sono, mudanças na libido).
- c) Indicadores psicossociais (ex.: depressão, ansiedade, isolamento social, irritabilidade, apatia) e cognitivos (delírio, demência, agitação, dificuldade na concentração, atenção, nível de sedação).

ii. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para gerir a dor:

- a) Educa o cliente sobre estratégias de gestão da dor (ex.: abordagem farmacológica, abordagem não farmacológica, terapias alternativas).

- b) Identifica fatores que despoletam e aliviam dores (nível de atividade, intensidade da atividade, stress, horário da medicação).
4. Padrões funcionais de saúde: compromisso cognitivo e da comunicação
- a. Comunicação
 - i. Avalia a capacidade para comunicar tendo em consideração:
 - a) Estado prévio e corrente (ex.: problemas congénitos, AVC, lesões cerebrais, afasia, apraxia, gaguez, barreiras linguísticas, estado cognitivo, saúde mental, deficit auditivo, uso de ajudas técnicas, qualidade do discurso, comunicação não verbal, compromisso visual).
 - b) Indicadores físicos (ex.: compromisso sistema nervoso central, traqueostomia, desassossego, fadiga).
 - c) Indicadores psicossociais (depressão, frustração, autoestima, imagem corporal, isolamento social) e cognitivos (ex.: compreensão, conversação lógica, atenção de curta duração, memória).
 - ii. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação em vista a otimizar a comunicação:
 - a) Desenvolve estratégias que facilitem a comunicação efetiva (ex.: escuta ativa, minimização de distrações, fala clara, uso da repetição, interpretar, estratégias não verbais, necessidades culturais, ajudas técnicas, campanhas de chamada).
 - b) Educa o cliente e família sobre o uso de dispositivos de comunicação, ferramentas e estratégias baseadas nas capacidades atuais e potenciais.
 - b. Compromisso cognitivo
 - i. Avalia o nível cognitivo tendo em consideração:
 - a) Estado prévio e atual (ex.: comorbilidades e complicações clínicas, compromissos neurológicos específicos, dor, estilos de vida, estratégias de coping, comportamentos inaceitáveis, crenças e valores culturais ou espirituais,

demência, delírio, depressão, uso de medicação, privação sensorial, privação de sono).

- b) Indicadores físicos (ex.: desassossego, fadiga, agressão, agitação, vagabundagem, vocalização disruptiva, marcha).
- c) Indicadores psicossociais (ex.: desinibição, depressão, ansiedade, isolamento social, irritabilidade, apatia).
- d) Indicadores cognitivos (ex.: confusão, orientação, perseverança, confabulação, compromisso da memória, nível de alerta).

ii. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para promover uma função cognitiva ótima:

- a) Educa o cliente e família sobre as causas da alteração da função cognitiva.
- b) Identifica gatilhos comportamentais e estratégias de gestão com o cliente, família e equipa multiprofissional.
- c) Implementa estratégias apropriadas para maximizar os resultados comportamentais positivos (ex.: medicação, livros de memória, dispositivos ambientais).

5. Padrões funcionais de saúde: nutrição, eliminação, integridade cutânea

a. Nutrição

i. Avalia o estado nutricional e de deglutição, tendo em consideração:

- a) Estado atual e prévio (ex.: comorbilidades, estado cognitivo, capacidade de deglutir, dieta, compreensão da nutrição, estágio de desenvolvimento, crenças culturais e religiosas, preferências, depressão, regime medicamentoso, intolerância alimentar, alergias, apetite, acesso a comida saudável, história de perturbações alimentares).
- b) Indicadores físicos (ex.: peso e altura, hidratação cutânea, textura do cabelo, assimetria facial, sialorreia, sensibilidade da mucosa oral, deglutição reflexiva, tosse durante e após deglutir, qualidade da voz, dentição e capacidade de mastigação, temperatura, postura, fadiga,

tubos entéricos, halitose, pneumonia, movimento, coordenação e mão dominante, nível de atividade, presença de sons na bexiga, náuseas e vômitos, refluxo gastroesofágico) e valores laboratoriais e MCDT (ex.: eletrólitos, albumina, deglutição de bário, fluoroscopia, raio-X ao tórax).

c) Indicadores psicossociais (ex.: estado financeiro, stress, medo de engasgamento, autoestima, imagem corporal) e cognitivos (ex.: nível de consciência, impulsividade, julgamento, motivação, capacidade de concentração).

ii. Seleciona intervenções de enfermagem de reabilitação para promover e manter a nutrição a um nível ótimo:

a) Promove um ambiente conducente (ex.: supervisão, minimiza distrações, colocação do tabuleiro, equipamento adaptativo, controlo da cabeça, posição do corpo, dentaduras, higiene oral, gestão da dor, preferências dietéticas).

b) Educa o cliente e família sobre técnicas de alimentação seguras (ex.: consistência da dieta, temperatura dos alimentos, procedimentos em caso de engasgamento).

c) Educa o cliente e família sobre necessidades nutricionais adequadas (ex.: tubos entéricos, suplementos, dieta especial, necessidades nutricionais diárias, monitorização dos aportes).

b. Eliminação

i. Avalia a funcionalidade da bexiga, tendo em consideração:

a) Estado atual e prévio (ex.: compromisso neurológico e sensorio-motor, capacidade da bexiga diminuída, espasmos vesicais, comorbilidades clínicas, cirurgias anteriores, padrão de eliminação, quantidade e qualidade da ingestão hídrica, métodos de promoção da continência, impacto nas AVD's e AIVD's, história de infeções, regime medicamentoso).

- b) Indicadores físicos (ex.: eficácia do esvaziamento vesical, anormalidades físicas, uso de ajudas técnicas, deficits sensoriais, barreiras ambientais, obstipação, disreflexia, mobilidades, fadiga, apraxia).
 - c) Indicadores psicossociais (ex.: motivação, expectativas, impacto da incontinência no autoconceito) e cognitivos (ex.: nível de consciência, estado cognitivo e capacidade para aprender, orientação, memória, discernimento).
- ii. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para manter e melhorar o funcionamento da bexiga e promover a continência:
- a) Educa o cliente sobre a saúde urinária e técnicas e estratégias de gestão da bexiga (ex.: exercícios de Kegel, cateterização, técnicas Credé, rotina miccional, ingestão adequada de fluidos).
 - b) Implementa estratégias para promover a saúde urinária e diminuir o risco de complicações urinárias (ex.: reconhecer manifestações de infecção, rotina miccional, hidratação, higiene perineal).
- iii. Avalia o funcionamento do intestino tendo em consideração:
- a) Estado atual e prévio (ex.: compromisso neurológico e sensório-motor, peristaltismo, reflexo gastrocólico, comorbidades, padrão de eliminação, percepção da necessidade de defecar, hábitos dietéticos, ingestão hídrica, métodos de promoção da continência, AVD's e AIVD's, regime medicamentoso, crenças e valores culturais).
 - b) Indicadores físicos (ex.: incontinência, aporte nutricional, sons intestinais, distensão, sensibilidade, ausência de ecos, compactação fecal, tónus dos esfíncteres interno e externo, hemorroidas, ajudas técnicas, barreiras ambientais, mobilidade, apraxia, deficits sensoriais, nível de atividade, dor, uso de medicação, disreflexia autonómica, ostomia).
 - c) Indicadores psicossociais (ex.: motivação, expectativas, impacto da incontinência, privacidade e dignidade,

autoestima) e cognitivos (nível de consciência, estado cognitivo, capacidade para aprender, orientação, memória, discernimento, estágio de desenvolvimento).

iv. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação que visam melhorar e manter o funcionamento intestinal e promover a continência:

- a) Educa o cliente sobre técnicas e estratégias de gestão do intestino (ex.: estimulação rectal, descompactação, posicionamentos adequados, hidratação, dieta, rotina defecatória, higiene perineal).
- b) Implementa estratégias que visem promover a saúde do intestino e diminuir o risco de complicações intestinais (ex.: reconhecer manifestações de obstipação e compactação, estabelecer uma rotina defecatória, hidratação, higiene perineal).

c. Integridade cutânea

i. Avalia a integridade cutânea, tendo em consideração:

- a) Estado atual e prévio (ex.: úlceras, feridas, condição da pele, estomas, estilos de vida, comorbilidades, presença de ortóteses ou próteses, compromisso sensorial, idade, estado nutricional, regime medicamentoso).
- b) Indicadores físicos (ex.: imobilidade, espasticidade, mudanças nas percepções sensoriais, neuropatias, compromisso circulatório, incontinência vesical e intestinal, peso, infeções, alternância de decúbitos, fricção, humidade) e valores laboratoriais (níveis de albumina sérica, hemoglobina).
- c) Indicadores psicossociais (ex.: motivação, discernimento, depressão, adesão) e cognitivos (ex.: orientação, agitação, memória, aprendizagem, conhecimentos sobre tratamento e prevenção de úlceras).

ii. Seleciona as intervenções de enfermagem adequadas para melhorar e manter a integridade cutânea:

- a) Identifica com o cliente fatores de risco relacionados com alteração do estado de saúde ou funcional (ex.: compromisso sensorial, padrões circulatórios alterados, imobilidade, próteses ou ortóteses, edema).
- b) Mantém e melhora a tolerância cutânea (ex.: limitar exposição à humidade, mobilizar, técnicas de transferência, posicionar, amortecer, utilização de equipamento, atividade).
- c) Previne complicações derivadas da alteração cutânea (ex.: identificação de infeção, alívio de pressão, selecionar produtos).
- d) Educa o cliente e família sobre promoção da saúde cutânea e prevenção da quebra da integridade cutânea (ex.: medicação, fatores ambientais, autoexame, nutrição).

6. Padrões funcionais de saúde: cardiopulmonar e capacitação física

a. Cardiopulmonar

i. Avalia a função cardiopulmonar, tendo em consideração:

- a) Estado atual e prévio (ex.: comorbilidades, neuropatias, fadiga, tolerância energética, tosse, fatores de risco, medicação, oxigenação, ingestão hídrica, traqueostomia, alergias, pacemaker).
- b) Indicadores físicos (ex.: palidez, presença e capacidade de mobilizar secreções, desassossego, alteração nas funções cardíacas, hipotensão ortostática, hipertensão, mudança nos padrões respiratórios, hipercapnia, hipoxemia, fadiga, edema, angina) e valores laboratoriais e MCDT (ex.: raio-X, TAC, gasimetria, ECG, pulsoximetria, testes de função pulmonar, sinais vitais, eletrólitos, colesterol, enzimas cardíacas, testes de stress, ultrassons, monitor Holter).
- c) Indicadores psicossociais (ex.: medo, ansiedade, depressão, negação, isolamento social) e cognitivos (ex.: confusão, agitação, memória, discernimento).

- ii. Selecciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para promover e manter uma função cardiopulmonar ótima:
 - a) Promove a gestão de sintomas (ex.: maximizar a ventilação, maximizar a circulação, posicionar, mobilizar, aspirar, fisioterapia, técnicas respiratórias, oxigenação).
 - b) Educa sobre estilos de vida (ex.: exercício, dieta, cessação tabágica, necessidades energéticas, irritantes ambientais, regime medicamentoso, plano de emergência, gestão do stress, sexualidade, suporte social, feedback positivo).
- b. Capacitação física
 - i. Avalia o nível do estado físico, tendo em consideração:
 - a) Estado atual (ex.: comorbilidades e complicações clínicas, tolerância à atividade, idade, história das hospitalizações recentes).
 - b) Indicadores físicos (ex.: mudanças significativas no peso, sinais vitais, cura de feridas, contracturas, perda de massa muscular, úlceras de pressão, função renal diminuída, disfagia, infeção, compromisso de funções corporais, fadiga, oxigenação).
 - c) Indicadores psicossociais (ex.: depressão, ansiedade, medo, dependência, isolamento social) e cognitivos (ex.: delírio, demência, nível de alerta, compromisso da concentração, atenção).
 - ii. Selecciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para promover um descondicionamento gradual:
 - a) Implementa estratégias para ajudar o cliente a compreender os potenciais fatores de risco do descondicionamento (ex.: valores e crenças pessoais ou culturais, hospitalizações frequentes, abuso de medicação, deficits sensoriais, stress, tristeza, sistema de suporte inadequado, depressão).
 - b) Desenvolve um plano com o cliente para maximizar o funcionamento físico (ex.: aumento gradual no nível de atividade, aporte nutricional adequado).

- c) Desenvolve um plano com o cliente para maximizar o bem-estar psicológico (ex.: suportar o cliente na recuperação do controlo).

7. Padrões psicossociais de saúde

- a. Avalia o ajuste e adaptação psicossocial no cliente de reabilitação, tendo em consideração:
 - i. Estado atual e prévio (ex.: crenças espirituais ou culturais sobre doença e saúde, relação com os stressores, competências de coping, perspectiva da família sobre papéis, impacto económico e funcional da mudança do estado de saúde, nível de função, perceção do cliente e família sobre a incapacidade, vocação, atividades recreativas, sistemas de apoio, comorbilidades, abuso de substâncias).
 - ii. Indicadores físicos (ex.: resistência, força, utilização de ajudas técnicas).
 - iii. Indicadores psicossociais (ex.: motivação, tristeza, perdas não resolvidas, stress, fadiga emocional, fúria, negação, auto-perceção, desespero, capacidade para mobilizar recursos internos e externos, suporte social) e cognitivos (ex.: motivação, delírio, demência, competências de resolução de problemas, abertura à mudança, capacidade para aprender, capacidade para o autocuidado).
- b. Seleciona intervenções para promover a adaptação psicossocial e o ajustamento na reabilitação do cliente:
 - i. Identifica estratégias que facilitem a definição de objetivos de forma colaborativa com o cliente e família, baseadas nas forças e capacidades do cliente.
 - ii. Cria oportunidades para o cliente e família discutirem a incapacidade, seus significados e direções futuras (ex.: grupos de apoio, aconselhamento psicológico).
 - iii. Educa o cliente e família sobre estratégias que promovam comportamentos de coping saudáveis (ex.: agudo vs. crónico vs. progressivo).

- c. Avalia a estrutura e dinâmica familiar, tendo em consideração o estado atual e prévio (ex.: ocorrências clínicas, composição familiar, finanças, estilo de vida, crenças e valores relacionados com a saúde, morte, nascimentos, divórcio, recolocação, comunicação, crenças e valores espirituais ou culturais, capacidades de resolução de conflitos, coping, encargo do cuidador principal, ambiente físico, recursos familiares, abuso).
 - i. Seleciona intervenções de enfermagem de reabilitação para promover a saúde familiar:
 - a) Facilita a comunicação entre os membros da família, o cliente e a equipa de saúde (ex.: mudanças de papéis, mobilização dos recursos familiares).
 - b) Facilita a adaptação ao facto de ter de se viver com um membro da família com incapacidade (ex.: mudanças de papel, encargo do cuidador principal, finanças, expectativas, estratégias de coping, técnicas de relaxamento, tristeza).
 - c) Educa o cliente e família sobre mudanças no estado de saúde e suas implicações para futuras necessidades de cuidados.
8. O cuidado a clientes com lesões cerebrais adquiridas ou traumáticas
- a. Compreende as causas potenciais das lesões cerebrais adquiridas ou traumáticas (ex.: acidente de viação, estilos de vida, abuso de substâncias, quedas, tentativa de suicídio, convulsões, violência).
 - b. Compreende a anatomia e funcionamento do cérebro relacionado com lesões adquiridas ou traumáticas (ex.: lobos, sistema límbico, cerebelo, pares cranianos).
 - c. Compreende a fisiopatologia relacionada com lesões adquiridas ou traumáticas (ex.: danos axonais difusos, danos por hipoxia, contusão cortical focal, contusão, hemorragia interna, danos focais por hipoxia, hematoma cerebral, coma, aumento da pressão intracraniana, hidrocefalia, convulsões).
 - d. Compreende as características de danos cerebrais leves, médios e graves.

- e. Interpreta os resultados de ferramentas standardizadas relacionadas com lesões cerebrais (ex.: escala de Glasgow, MIF).
 - f. Reconhece as manifestações clínicas relacionadas com lesões cerebrais traumáticas ou adquiridas (ex.: manifestações de aumento da PIC, mudanças comportamentais e nos afetos, funções executivas, parésia, compromisso das funções motoras, afasia, neglect, anomia, orientação espacial, mudanças no nível de consciência, dor, mudanças de temperatura, incontinência urinária ou intestinal, distúrbios do ciclo sono-vigília, glicose, síndrome de desuso, mudanças cognitivas).
 - g. Reconhece os deficits residuais potenciais relacionados com lesões cerebrais adquiridas ou traumáticas (ex.: confusão, problemas sensoriomotores, convulsões, comunicação, mobilidade, sexualidade, deficits nos pares cranianos, problemas comportamentais, depressão, eliminação, compromisso da função respiratória, alterações metabólicas).
 - h. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para a gestão dos cuidados e educação do cliente com lesões cerebrais:
 - i. Providencia um ambiente adequado (ex.: rotinas, consistência nos cuidados, minimização das distrações, segurança).
 - j. Implementa um plano de gestão cognitivo ou behaviorista (imitação, definição de limites, redirecionamento, melhoria da memória, resolução de problemas).
9. O cuidado a clientes com compromisso músculo-esquelético
- a. Compreende a etiologia do compromisso músculo-esquelético (ex.: artrite, artroplastia, trauma).
 - b. Compreende a anatomia do sistema músculo-esquelético.
 - c. Compreende a fisiopatologia do compromisso músculo-esquelético (ex.: artrite reumatoide juvenil, osteoartrite, osteoporose).
 - d. Compreende as manifestações clínicas do compromisso músculo-esquelético (deformidades articulares, dor, fadiga, inchaço, rigidez articular).
 - e. Interpreta resultados laboratoriais relacionados com compromisso músculo-esquelético (ex.: VS).
 - f. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para gerir os cuidados e educar o cliente com compromisso músculo-

esquelético: providencia suporte para o autocuidados (ex.: exercício, aplicação de calor e frio, perda de peso, medicação, terapias alternativas, prevenção de quedas).

10. O cuidado a clientes com queimaduras

- a. Compreende a anatomia da pele relacionada com as queimaduras.
- b. Compreende a fisiopatologia das queimaduras e da cura relacionado com a classificação (ex.: 1º grau, 2º grau, 3º grau, 4º grau, minor, moderado, major).
- c. Compreende as complicações potenciais associadas às queimaduras (ex.: cicatrização, dor, contracturas, diminuição da mobilidade, sensações alteradas, prurido).
- d. Reconhece os deficits residuais derivados de queimaduras (ex.: vascular, pulmonar, hematológico, imunológico, dor relacionada com terminações nervosas expostas, cicatrizes, contracturas, ossificação heterotrófica, sensações alteradas, depressão, alteração do autoconceito, infeção).
- e. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação com vista a otimizar as funções e educar o cliente com queimaduras:
 - i. Promove a cicatrização (ex.: aporte nutricional, prevenção da infeção, protocolos de tratamento de lesões, alívio de dor e desconforto).
 - ii. Minimiza as cicatrizes e contracturas (ex.: uso de vestuário compressivo, uso de talas, amplitude de movimentos).
 - iii. Providencia suporte relativo à imagem corporal alterada (ex.: grupos de apoio, aconselhamento).

11. O cuidado a clientes com lesão da medula espinhal

- a. Compreende a anatomia e função do sistema nervoso periférico e central e das estruturas medulares.
- b. Compreende os diferentes tipos de lesão da medula espinhal (ex.: traumática e não traumática).
- c. Compreende a fisiopatologia da lesão da medula espinhal, incluindo:
 - i. Nível da lesão medular (ex.: lesão do 1º ou 2º neurónio motor, paraplegia, quadriplegia, tetraplegia).
 - ii. Nível da lesão neurológica (ex.: completa ou incompleta).

- iii. Síndromes neurológicas (ex.: síndrome do cordão anterior, síndrome do cordão central, síndrome Brown-Séquard, síndrome do cordão posterior, comuns medullaris, síndrome da cauda equina).
- iv. Choque medular.
- v. Interpreta os resultados da ASIA.
- vi. Reconhece os deficits potenciais associados à lesão da medula espinhal nas seguintes categorias:
 - a) Sistemas neurológico e cardiovascular (ex.: disreflexia autonómica, perda ou diminuição de sensibilidade, atividade motora voluntária abaixo do nível da lesão, perda da atividade reflexa normal, perda de termorregulação, vasodilatação, bradicardia, hipotensão ortostática).
 - b) Sistema respiratório (ex.: compromisso dos músculos respiratórios).
- vii. Seleciona as intervenções de enfermagem de reabilitação adequadas para o cuidado e educação do cliente com lesão da medula espinhal:
- viii. Gere as mudanças nas funções automáticas (ex.: disreflexia autonómica, termorregulação).
- ix. Gere as mudanças na função neurológica (ex.: bexiga e intestino neurogênicos, alterações na circulação e respiração, ventilação mecânica e traqueostomia, espasticidade).
- x. Suporta a adaptação à função sexual através de educação e aconselhamento (ex.: melhoria da ereção, tecnologias reprodutivas, lubrificação vaginal).

Anexo 4 - Questionário

Questionário

Car@ colega

O questionário que aqui se apresenta é parte constituinte de uma dissertação de mestrado que pretende estudar a “Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre a sua autoridade para prescrever”.

De forma a enquadrar a temática aqui em apreço, convém fazer uma breve referência ao International Council of Nurses (ICN, 2009) e aos 3 modelos de envolvimento dos enfermeiros na prescrição que este reconhece. Eles são:

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) ou de um formulário aberto. Tenhamos em conta que é independente a partir de um formulário pré-definido.

2. Dependente/complementar/suplementar colaborativo ou semiautónomo: um enfermeiro ou outro profissional de saúde pode prescrever de modo dependente, trabalhando em colaboração com um prescritor independente (habitualmente, um médico) mas não sendo necessária supervisão direta. 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. Modelo a partir de protocolo, definido como «uma instrução escrita específica para o fornecimento e administração de medicação numa situação clínica identificada». E aqui há duas perspetivas diversas: protocolo para grupo de doentes com diretrizes orientadoras / grupo de prescrições ou protocolo para doentes específicos. A diferença é que o protocolo para grupos é nacional e afirma dirigir-se a um tipo concreto de pessoas na

mesma situação específica. Do protocolo para doentes específicos é exemplo os utilizados por enfermeiras de psiquiatria na comunidade, especialistas de diabetes e enfermeiros de cuidados paliativos. Tipicamente consiste numa prescrição médica que fornece os detalhes da prescrição e não pode ser modificada pelo enfermeiro.

Procurar-se-á com o presente estudo:

1. Analisar de que forma a prescrição é entendida pelos enfermeiros especialistas em reabilitação (EER);
2. Elencar as alavancas e os obstáculos à formalização da prescrição na ótica dos EER;
3. Proceder a uma análise comparativa entre o enquadramento do exercício profissional dos EER em Portugal e nos países onde os enfermeiros prescrevem.

A pergunta subjacente a este estudo é: estarão criadas as condições, em Portugal, para se formalizar a prescrição por enfermeiros especialistas em reabilitação? No entanto, por ora, iremos debruçar-nos apenas sobre a vertente do profissional, ao procurarmos estudar a perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre a sua autoridade para prescrever.

Nesse sentido, e na senda do fortalecimento do conhecimento no seio da profissão, muito agradeço se puder dispensar uns minutos a responder ao questionário, o qual respeitará as regras de confidencialidade e anonimato próprias deste tipo de estudo.

Questões

1. Idade
2. Sexo
 - 2.1. M
 - 2.2. F
3. Residência
 - 3.1. Rural
 - 3.2. Urbano

4. Local de trabalho
 - 4.1. Hospital
 - 4.2. Cuidados de Saúde Primários
 - 4.3. Ensino
 - 4.4. Outro
5. Nº de anos de exercício profissional
6. Nº de anos de exercício como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação
7. Exerce como especialista ou como enfermeiro de cuidados gerais
 - 7.1. Enfermeiro especialista
 - 7.2. Enfermeiro de cuidados gerais
8. Grau académico
 - 8.1. Bacharel
 - 8.2. Licenciado
 - 8.3. Mestre
 - 8.4. Doutor
9. Tipo de atividade
 - 9.1. Por conta de outrem
 - 9.2. Por conta própria
10. Tipo de vínculo laboral
 - 10.1. Contracto a termo certo
 - 10.2. Contracto a termo incerto
 - 10.3. Contracto sem termo
 - 10.4. Trabalho temporário

10.5. Prestação de serviços

10.6. Outro? Qual _____

11. Natureza da entidade empregadora

11.1. Sector Público Administrativo

11.2. Entidade Pública Empresarial

11.3. Privado

11.4. Social e cooperativo

12. Para cada um dos obstáculos à prescrição por enfermeiros seguidamente enumerados, classifique de 1 a 5 o seu grau de concordância (sendo 1 o nível mais baixo de concordância, ou seja, o menor nível de força enquanto obstáculo) com cada um no atual contexto português. Pretende-se analisar em que medida os mesmos podem ser considerados como obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros em Portugal.

12.1. Legislativos e governamentais

12.1.1. A ação dos departamentos governamentais

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.1.2. A ausência de vontade política

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.1.3. A ausência de jurisdição legal para a prescrição pelos enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2. Profissionais

12.2.1. Externos à profissão:

12.2.1.1. Médicos

12.2.1.1.1. A título individual

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.1.1.2. Enquanto grupo organizado

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.1.2. Farmacêuticos

12.2.1.2.1. A título individual

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.1.2.2. Enquanto grupo organizado

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.2. Internos à profissão:

12.2.2.1. Medo do litígio;

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.2.2. Pouca competência, em termos de formação;

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.3. Exercício profissional desenquadrado de uma entidade empregadora, ou seja, o exercício liberal;

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.2.4. Ambivalência de sentimentos perante a prescrição;

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.3. Organizacionais

12.3.1. A natureza da relação entre os profissionais médicos e os enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.3.2. A preocupação com a segurança dos utentes

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.3.3. A perspetiva de que tal ameaça o trabalho em equipa multidisciplinar

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.3.4. A existência de problemas de dotações

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.4. Financiamento

12.4.1. A forma como os medicamentos são financiados

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.4.2. A existência de um vasto leque de medicamentos para os quais não é necessária prescrição

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.5. O contexto social

12.5.1. A existência de poucos enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

12.6. Formativas e investigativas

12.6.1. Escassez de enfermeiros formadores com experiência de prescrição

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13. Para cada uma das alavancas/mais-valias associadas à prescrição por enfermeiros classifique de 1 a 5 o seu grau de concordância (sendo 1 o nível mais baixo de concordância) com cada uma no atual contexto português. Pretende-se analisar em que medida as mesmas podem ser consideradas como alavancas ou mais-valias para a introdução da prescrição por enfermeiros em Portugal.

13.1. Legislativos e governamentais

13.1.1. Transnacionais

13.1.1.1. Implementação das Diretivas Europeias relativas à

13.1.1.1.1. Livre mobilidade de utentes

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.1.1.1.2. Livre mobilidade de profissionais de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.1.1.2. Implementação da autoridade prescritora para enfermeiros noutros países da União Europeia

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.1.2. Nacionais

13.1.2.1. Apoio governamental à prescrição

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.1.2.2. Revisão da Lei dos Medicamentos

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.1.2.3. Existência de uma Lei que confira aos enfermeiros o direito de prescrever determinados medicamentos e produtos de cuidados de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2. Profissionais

13.2.1. Internos à profissão

13.2.1.1. A necessidade dos enfermeiros melhorarem o seu estatuto profissional em função da legitimação do seu trabalho

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.2. A elaboração de padrões de prática orientados para a prescrição

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.3. A elaboração de um acordo para prática colaborativa com outros profissionais

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.4. A elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.5. A implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.6. A constatação da subutilização das competências dos enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.7. A existência de um órgão regulador profissional autónomo que emita certificados anuais da prática, que estão sujeitos à demonstração da competência clínica e formação contínua, além de auditoria aleatória

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.8. A implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.9. O apoio dos responsáveis pelo ensino de enfermagem

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.1.10. O apoio dos sindicatos de enfermagem

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2. Externos à profissão

13.2.2.1. O apoio dos médicos

13.2.2.1.1. A título individual

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.1.2. Enquanto grupo organizado

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.2. O apoio dos farmacêuticos

13.2.2.2.1. A título individual

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.2.2. Enquanto grupo organizado

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.3. O apoio dos gestores de serviços de saúde

13.2.2.3.1. A título individual

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.3.2. Enquanto grupo organizado

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.4. O apoio dos grupos de doentes

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.5. O apoio dos utentes

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.2.2.6. O apoio de sociedades científicas

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3. Organizacionais

13.3.1. A necessidade de se melhorar os cuidados no contexto comunitário

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.2. Um uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.3. Um uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.4. A obtenção de relações de trabalho melhoradas entre profissionais de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.5. A redução da carga laboral da equipa médica

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.6. A introdução de instrumentos de apoio à decisão

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.7. A introdução de linhas de orientação clínica suportadas pela prática baseada na evidência

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.8. A introdução de políticas organizacionais de:

13.3.8.1. Gestão do risco

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.8.2. Tutoria

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.8.3. Mecanismos de auditoria

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.8.4. Prática colaborativa entre os diferentes profissionais

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.8.5. Gestão clínica

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.8.6. Garantia de qualidade

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.9. A obtenção de poupanças de tempo para os utentes

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.10. A obtenção de poupanças de tempo para os enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.11. A existência de carência de médicos

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.12. A existência de protocolos e políticas para orientar a prescrição dos fármacos autorizados

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.13. A existência de protocolos e políticas para orientar a prescrição dos produtos de cuidados de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.14. A duração da relação e da regularidade do contacto com os enfermeiros, nomeadamente ao nível de:

13.3.14.1. Aumento da acessibilidade

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.14.2. Maior facilidade de abordagem

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.3.14.3. Maior disponibilização de informações

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.4. Financiamento

13.4.1. Obter maior valor pelo dinheiro despendido

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.4.2. A existência de um sistema público de saúde que assegure a dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de saúde prescritos pelos enfermeiros

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.4.3. O aumento do controlo de custos em termos de desperdícios

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.5. Contexto social

13.5.1. As mudanças sociais/demográficas (por ex. envelhecimento da população)

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.5.2. A existência de áreas em expansão nos cuidados de saúde primários

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.5.3. A gestão da doença crónica

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.5.4. O número insuficiente de prescritores capazes de lidar com as necessidades de saúde crescentes da comunidade

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6. Resultados em saúde

13.6.1. O aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde por parte dos utentes imediatamente após a dispensa

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6.2. A maior integração de cuidados

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6.3. A maior adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

13.6.4. A melhoria do custo-efetividade dos cuidados

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6.5. O aumento e satisfação da procura de serviços especializados (ex. no caso das doenças crónicas)

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6.6. A maior acessibilidade aos cuidados de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6.7. Reduções no nível da prescrição de medicamentos e de produtos de cuidados de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.6.8. Acesso mais rápido às prescrições de medicamentos e de produtos de cuidados de saúde

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.7. Formativas e investigativas

13.7.1. A introdução de um curso de prática certificada de medicação

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.7.2. A definição de requisitos e padrões para programas de ensino para os enfermeiros com autoridade de prescrição

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.7.3. A aprendizagem baseada na evidência

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.7.4. A introdução do nível de mestrado para obtenção da autoridade prescritora

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

13.8. A investigação sobre o papel dos enfermeiros com poderes prescritivos

Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

14. Considera que precisa de formação específica na área da farmacologia para prescrever medicamentos de forma independente?

14.1. Sim

14.2. Não

15. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

16. Considera que precisa de formação específica na área da anatomia para prescrever medicamentos de forma independente?

16.1. Sim

16.2. Não

17. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

18. Considera que precisa de formação específica na área da fisiologia para prescrever medicamentos de forma independente?

18.1. Sim

18.2. Não

19. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

20. Considera que precisa de formação específica na área da patologia para prescrever medicamentos de forma independente?

20.1. Sim

20.2. Não

21. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

22. Considera que precisa de formação específica na área da bioquímica para prescrever medicamentos de forma independente?

22.1. Sim

22.2. Não

23. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

24. Considera que precisa de formação específica na área da microbiologia para prescrever medicamentos de forma independente?

24.1. Sim

24.2. Não

25. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

26. Considera que precisa de formação específica na área da farmacologia para prescreverem medicamentos na modalidade complementar?

26.1. Sim

26.2. Não

27. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

28. Considera que precisa de formação específica na área da anatomia para prescrever medicamentos de forma complementar?

28.1. Sim

28.2. Não

29. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

30. Considera que precisa de formação específica na área da fisiologia para prescrever medicamentos de forma complementar?

30.1. Sim

30.2. Não

31. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

32. Considera que precisa de formação específica na área da patologia para prescrever medicamentos de forma complementar?

32.1. Sim

32.2. Não

33. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

34. Considera que precisa de formação específica na área da bioquímica para prescrever medicamentos de forma complementar?

34.1. Sim

34.2. Não

35. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

36. Considera que precisa de formação específica na área da microbiologia para prescrever medicamentos de forma complementar?

36.1. Sim

36.2. Não

37. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

38. Considera que precisa de formação específica na área da farmacologia para prescrever medicamentos na modalidade protocolada?

38.1. Sim

38.2. Não

39. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

40. Considera que precisa de formação específica na área da anatomia para prescrever medicamentos de forma protocolada?

40.1. Sim

40.2. Não

41. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

42. Considera que precisa de formação específica na área da fisiologia para prescrever medicamentos de forma protocolada?

42.1. Sim

42.2. Não

43. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

44. Considera que precisa de formação específica na área da patologia para prescrever medicamentos de forma protocolada?

44.1. Sim

44.2. Não

45. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

46. Considera que precisa de formação específica na área da bioquímica para prescrever medicamentos de forma protocolada?

46.1. Sim

46.2. Não

47. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

48. Considera que precisa de formação específica na área da microbiologia para prescrever medicamentos de forma protocolada?

48.1. Sim

48.2. Não

49. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a nenhuma necessidade de formação e 5 a uma necessidade de formação em grau muito elevado)

Grau muito elevado	Grau elevado	Grau moderado	Grau reduzido	Nenhuma
5	4	3	2	1

50. Considera que informalmente já prescreve, ou seja, já decide sobre tratamentos, medicamentosos ou não, bem como sobre atitudes terapêuticas, sem que haja uma prescrição expressa por parte do médico?

50.1. Sim

50.2. Não

51. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá a uma prescrição informal esporádica – até uma vez por mês - e 5 a uma prescrição informal frequente – uma ou mais vezes vez por dia)

Mais do que uma vez por dia	Uma vez por dia	Duas vezes por semana	Uma vez por semana	Uma vez por mês
5	4	3	2	1

52. Considera que detém conhecimentos suficientes para prescrever cuidados especializados (i.e. exercícios físicos), aos utentes e aos enfermeiros de cuidados gerais, na lógica da continuidade dos cuidados?

52.1. Sim

52.2. Não

53. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá aos conhecimentos que permitem cobrir as situações mais comuns e simples – menos complexas – e 5 aos conhecimentos necessários para qualquer situação – máxima complexidade)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

54. Considera que detém conhecimentos suficientes para prescrever meios complementares de diagnóstico com vista à formulação de diagnósticos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências (cf. Regulamento n.º 122/2011 e Regulamento n.º 125/2011 publicados no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011)?

54.1. Sim

54.2. Não

55. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá aos conhecimentos que permitem cobrir as situações mais comuns e simples – menos complexas – e 5 aos conhecimentos necessários para qualquer situação – máxima complexidade)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

56. Considera que detém conhecimentos suficientes para prescrever dispositivos clínicos respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências (cf. Regulamento n.º 122/2011 e Regulamento n.º 125/2011 publicados no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011)?

56.1. Sim

56.2. Não

57. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá aos conhecimentos que permitem cobrir as situações mais comuns e simples – menos complexas – e 5 aos conhecimentos necessários para qualquer situação – máxima complexidade)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

58. Considera que detém conhecimentos suficientes para prescrever produtos de apoio respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências (cf. Regulamento n.º 122/2011 e Regulamento n.º 125/2011 publicados no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011)?

58.1. Sim

58.2. Não

59. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá aos conhecimentos que permitem cobrir as situações mais comuns e simples – menos complexas – e 5 aos conhecimentos necessários para qualquer situação – máxima complexidade)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

60. Considera que detém conhecimentos suficientes para prescrever terapêutica farmacológica, ainda que no âmbito de focos compatíveis com o seu perfil de competências, (cf. Regulamento n.º 122/2011 e Regulamento n.º 125/2011 publicados no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011)?

60.1. Sim

60.2. Não

61. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá aos conhecimentos que permitem cobrir as situações mais comuns e simples – menos complexas – e 5 aos conhecimentos necessários para qualquer situação – máxima complexidade)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

62. Considera que detém conhecimentos suficientes para prescrever tratamentos (i.e. realização de pensos, realização de imobilizações, realização de talas gessadas) respeitantes aos focos compatíveis com o seu perfil de competências (cf. Regulamento n.º 122/2011 e Regulamento n.º 125/2011 publicados no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011)?

62.1. Sim

62.2. Não

63. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique em que medida de 1 a 5 (sendo que 1 corresponderá aos conhecimentos que permitem cobrir as situações mais comuns e simples – menos complexas – e 5 aos conhecimentos necessários para qualquer situação – máxima complexidade)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

64. Considera que é necessário elaborar normas de orientação clínica que associem focos de intervenção com as respetivas prescrições, de forma a legitimá-las?

64.1. Sim

64.2. Não

65. Se respondeu sim na pergunta anterior, indique de 1 a 5, a amplitude de cobertura das normas de orientação clínica, sendo que 1 corresponderá a uma amplitude que visa cobrir apenas as situações mais complexas e incomuns e 5 corresponderá a uma amplitude que visa cobrir todas as situações possíveis, ou seja, que dará menos liberdade de escolha ao enfermeiro na sua decisão clínica)

Muito complexa	Complexa	Normal	Simples	Muito simples
5	4	3	2	1

Anexo 5 – Evidências bibliográficas para construção da amostra

A **bold** encontram-se os excertos que contribuíram para a formulação das dimensões que enformam o questionário.

Tabela 103 - Alavancas / mais-valias da prescrição

Excerto	Página
<p>Buchan & Calman (2004), identificaram-se vários motivos para o desenvolvimento deste interesse, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A necessidade de prestar cuidados melhorados aos doentes, o que foi considerado como sendo mais imediato no contexto comunitário/rural • Como facilitador para um uso mais efetivo do tempo, aptidões e recursos relacionados dos enfermeiros • A necessidade de os enfermeiros melhorarem o seu estatuto profissional / a legitimação do trabalho que estão a efetuar presentemente • Relações de trabalho melhoradas entre profissionais de saúde • Para reduzir a carga laboral da equipa médica. 	7
<p>A aceitação desta função foi formalizada em 1981, quando o país introduziu um programa de um ano, pós-básico, de Enfermeiro de Família [<i>family nurse practitioner, FNP</i>] (Miles et al. 2006).</p>	13
<p>Um estudo verificou que a rotulagem dos fármacos e o conhecimento dos fármacos por parte dos doentes imediatamente após a dispensa era significativamente mais satisfatório quando efetuado por um enfermeiro do que por outro membro da equipa de cuidados de saúde. No entanto, este estudo focou-se na dispensa e não na prescrição (Boonstra et al. 2003).</p>	13
<p>(...) curso de prática certificada de medicação aprovado <i>pelo College of Registered Nurses of British Columbia.</i></p>	15
<p>(...) implementados instrumentos de apoio à decisão para os ajudar com a tomada de decisão quando têm de administrar medicamentos.</p>	15
<p>(...) linhas de orientação clínicas e a prática baseada na evidência (...)</p>	16
<p>O programa de NP foi desenvolvido em 1998 para ajudar a lidar com problemas de dotações dos centros de saúde.</p>	16

Para além dos benefícios óbvios de melhorias na prestação de serviços, cuidados integrados para os doentes, adesão melhorada aos medicamentos e custo-efetividade (...)	17
(...) aumento da procura de serviços especializados (por ex. cuidado da diabetes), implementação da Diretiva Europeia do Tempo de Trabalho , que limita a quantidade de horas que os médicos juniores podem trabalhar, melhoria dos serviços comunitários, valor obtido pelo dinheiro despendido e mudanças sociais/demográficas (por ex. envelhecimento da população)	17
Ensino – Requisitos e Padrões para Programas de Ensino para os Enfermeiros e Enfermeiros Obstétricos com Autoridade de Prescrição	18
Registo – padrões da prática, acordo da prática em colaboração e quadro de referência para a tomada de decisão	18
Competência Clínica	18
Governança Clínica – informação encontrada nos Padrões da Prática para os Enfermeiros e Enfermeiros Obstétricos com Autoridade de Prescrição	18
Os Prestadores de Serviços de Saúde também têm de cumprir critérios essenciais, incluindo políticas organizacionais, gestão do risco, tutoria, mecanismos de auditoria, prática em colaboração, gestão e garantia de qualidade.	19
A responsabilidade pelo desenvolvimento profissional contínuo (DPC) reside junto de cada prestador de serviços de saúde e no enfermeiro prescritor individual e foca-se na manutenção das competências e na promoção da aprendizagem baseada na evidência.	19
O envolvimento mais alargado de outros enfermeiros, enfermeiros obstétricos, profissionais médicos, farmacêuticos, gestão de serviços de saúde, responsáveis pelo ensino, grupos de doentes e de utilizadores do serviço e sindicatos de enfermagem conferiu um apoio adicional ao desenvolvimento e introdução da prescrição pelos enfermeiros.	19
(...) poupanças de tempo para os doentes e para os enfermeiros, além de melhorias na adesão dos doentes aos regimes medicamentosos.	20
(...) apoio dos médicos consultores enquanto mentores clínicos foi referido como sendo incalculável, o feedback dos doentes foi bom e todos	20

concordaram que a comunicação entre as partes interessadas serão a chave para o sucesso da prescrição efetiva pelos enfermeiros.	
(...) em resposta a uma carência de médicos na Jamaica, estabeleceu-se um programa de enfermeiros [<i>nurse practitioner</i> , NP] licenciados para prestar cuidados de saúde custo-efetivos nas áreas sub-servidas e rurais	20
Em 2002, o programa foi atualizado para o nível de mestrado .	20
Cerca de um em 16 (ou um milhão) de pessoas na Holanda sofrem de diabetes. Os enfermeiros especialistas na diabetes desempenham um papel importante na satisfação da procura , que não consegue ser cumprida apenas pelos médicos.	20
A investigação sobre o papel dos NP (...) também tem sido um fator impulsionador no desenvolvimento da prescrição pelos enfermeiros.	21
(...) o governo atual apoia o papel do enfermeiro (NP) e o respetivo desenvolvimento	21
(...) a necessidade de prestar um serviço de cuidados de saúde mais acessível, economicamente possível e eficiente , bem como o reconhecimento de que as aptidões de uma força de trabalho altamente formada na enfermagem poderiam estar a ser subutilizadas .	21
(...) impacto significativo são as áreas em expansão dos cuidados de saúde primários e da gestão da doença crónica .	21
(...)desenvolvimento de âmbitos da prática e regulamentações (...)	22
(...) revisão importante da Lei dos Medicamentos em 2007 (...)	22
O NCNZ define as competências exigidas para a prescrição segura e efetiva, e aprova, monitoriza a faz a auditoria dos programas .	22
(...) são emitidos certificados anuais da prática , que estão sujeitos à demonstração da competência clínica e formação contínua , além de auditoria aleatória .	23
(...) o número insuficiente de prescritores capazes de lidar com as necessidades de saúde crescentes da comunidade (Gray 1999 in Buchan & Calman 2004).	24
Cerca de 80% da população depende dos serviços de saúde públicos para os seus cuidados de saúde, e estes serviços são orientados pelos enfermeiros .	24

A Secção 38A da Lei da Enfermagem [<i>Nursing Act</i>] de 1978 conferiu aos enfermeiros [<i>registered nurses</i> , RN] o direito de prescrever determinados medicamentos (...)	24
(...) protocolos e políticas para orientar a prescrição dos fármacos autorizados.	24
(...) uma intervenção de formação para os enfermeiros da prática tem de facto um efeito benéfico nas práticas de prescrição (...)	25
(...) muitas sociedades científicas de médicos especialistas e governos regionais , consideraram que havia lugar para a prescrição pelos enfermeiros de acordo com protocolos definidos.	26
No estudo, identificaram-se 45 situações clínicas diferentes, nas quais se utilizaram 200 fármacos e produtos de cuidados de saúde diferentes, dentro do quadro de referência de 197 intervenções de enfermagem padronizadas .	26
(...) permite à população em geral assegurar a dispensa de medicamentos e produtos de cuidados de saúde prescritos pelos enfermeiros à custa do sistema público de saúde .	26
(...) reduzir a carga laboral dos médicos , de forma a que os cuidados primários pudessem ser prestados por uma combinação apropriada de profissionais de saúde (David & Brown 1995).	27
O acesso aos profissionais de saúde nas partes remotas, rurais	27
(...) melhor comunicação entre diferentes grupos profissionais (...)	28
(...) acesso mais fácil por parte dos doentes, dos idosos e dos incapacitados (...)	28
(...) clarificação de questões legais, apoio do governo, apoio da profissão médica, formação adequada, supervisão efetiva de sistemas de referência, supervisão e avaliação (Hue 1980, citado em Miles et al. 2006).	29 e 30
(...) problema com a capacidade dos doentes em deslocar-se para consultas de seguimento (...)	30
(...) melhoria nos cuidados prestados e na satisfação dos doentes; poupança de tempo para os enfermeiros e os médicos; conhecimentos e competência suficientes obtidos pelos enfermeiros para exercer a prática em	32

segurança; poupança de custos e melhoria nas relações entre as equipas de cuidados de saúde	
(...) reduções (no nível de prescrição) (...)	32
(...) benefícios positivos em termos da duração da relação e da regularidade do contacto com os enfermeiros, acessibilidade, facilidade de abordagem, estilo de consulta e disponibilização de informações	32
(...) acesso mais rápido às prescrições (...)	32
(...) [a qualidade das] informações dadas pelos enfermeiros prescritores (...) que pode influenciar a adesão aos regimes de tratamento (...) por serem mais fáceis de abordar e passarem mais tempo com os doentes que outros profissionais médicos (...) [e assim terem um] impacto significativo (...) nos resultados de saúde dos doentes e no controlo de custos em termos de desperdícios.	33
(...) implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica (...)	34
(...) carências de médicos nos cuidados primários.	34
(...) médicos individuais (...)	36
(...) melhorar os conhecimentos dos grupos opositores relativamente à prescrição pelos enfermeiros (...)	36
Uma necessidade clara.	43
Legislação/regulação para apoiar a prática	43
Influência política / influência no processo de tomada de decisão	44
Evidência de custo-efetividade	44

Tabela 104 – Obstáculos à prescrição

Excerto	Página
Os médicos australianos expressaram reservas relativamente ao facto de os enfermeiros terem a autoridade de prescrever independentemente.	11
(...) obstáculos legislativos, profissionais, organizacionais e de financiamento (Dunn et al. 2008).	12

<p><i>Factors considered most strongly as barriers to expanded nursing practice included the medical profession, followed by fear of litigation, and government departments and policies.</i></p> <p>Elsom et al (2008) Expanded Practice Roles for Community Mental Health Nurses in Australia: Confidence, Critical Factors for Preparedness, and Perceived Barriers, <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, Vol. 29, No. 7 , Pages 767-780</p> <p>Em http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01612840802129269 consultado a 30.4.14</p>	abstract
<p>O maior obstáculo a uma adoção mais alargada da prescrição pelos enfermeiros na Austrália parece ser a forma como os medicamentos são financiados. O sistema da Commonwealth, Esquema de Benefícios Farmacêuticos [<i>‘Pharmaceutical Benefit Scheme’</i>, PBS], significa que as medicações listadas apenas são comparticipadas quando prescritas por um médico. Os enfermeiros NP podem prescrever, mas o custo de aviar as prescrições, sem que a comparticipação conferida pela prescrição efetuada pelo médico, é proibitivo.</p>	12
<p>(...) a autoridade de prescrição não está abrangida pela legislação (<i>Nurses and Midwives Act 1998</i>).</p>	16
<p>(...) o âmbito e extensão do impresso é fortemente influenciado pela natureza da relação entre os profissionais médicos e os enfermeiros em cada organização/departamento.</p>	17
<p>O contexto [social] é menos condutor para o desenvolvimento de papéis alargados de enfermagem e de prescrição pelos enfermeiros (...)</p>	17
<p>(...) medo do litígio como sendo o obstáculo mais significativo.</p>	20
<p>(...) sua competência, em termos de formação, para prescrever.</p>	20
<p>(...) não têm a jurisdição legal para o fazer. As alterações à legislação há muito que são aguardadas. Há mais de 20 anos, foi notado que os NPs na Jamaica não tinham o reconhecimento nem a proteção legal para abranger o seu papel alargado, e isto levou a que os farmacêuticos desafiassem o direito dos NP à prescrição (Cumper 1986)</p>	20

(...) a resistência à autoridade de prescrição foi alargada, entre os médicos e os farmacêuticos (...)	20
(...) ausência de vontade política para a introduzir (...)	20
Os empregadores têm estado cautelosos relativamente às propostas de prescrição pelos enfermeiros.	21
(...) cada vez mais enfermeiros são profissionais independentes e, como tal, exercem a sua prática fora do âmbito de uma autoridade e políticas empregadoras .	21
(...) fortemente contestada pela profissão médica (...)	22
(...) oposição de parte da profissão médica , expressada em torno de questões de segurança dos doentes e da ameaça colocada ao trabalho em equipa multidisciplinar efetivo (Moller & Begg 2005).	23
(...) ambivalência por parte dos próprios enfermeiros (...)	23
(...) escassez de enfermeiros formadores com experiência de prescrição (...)	23
(...) a lei especificava que a autoridade para prescrever medicamentos se restringia aos médicos e odontologistas.	25
(...) Ministra da Saúde (...) opôs-se completamente a qualquer regulamentação de prescrição pelos enfermeiros.	26
(...) resistência da parte dos profissionais médicos (...)	27
(...) um dos motivos para a prescrição não ter prosperado pode ter sido o facto de haver um vasto leque de medicamentos para os quais não é necessária prescrição (...)	27
Um estudo qualitativo posterior referiu que os enfermeiros distritais, ainda que considerassem positivamente as reformas à prescrição, recebiam pouco apoio por parte dos seus colegas médicos (Wilhelmsson & Foldevi 2003).	28
(...) medo de recriminações [legais] ao abrigo das linhas de orientação estritas no Uganda relativamente às drogas, se não puderem responder por todo o seu fornecimento de morfina.	29
(...) demasiado poucos enfermeiros prescritores para abranger muitas enfermarias (...)	29
(...) atitude dos farmacêuticos e a falta de inspetores de fármacos .	29
(...) críticas por parte da Associação de Médicos Britânicos (...)	33

(...) grupos profissionais organizados que representavam a Medicina e, em alguns casos, a Farmácia (...)	36
---	----

Anexo 6 - Análise descritiva às questões sobre obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros

Tabela 105 – Análise descritiva às questões sobre obstáculos à introdução da prescrição por enfermeiros

Obstáculos à prescrição por enfermeiros	Mediana	DP	Coefficiente de assimetria	Coefficiente de achatamento	Min	Max
Legislativas/Governamentais: ação dos departamentos governamentais	4,00	1,24	-,753	-,457	1	5
Legislativas/Governamentais: ausência de jurisdição legal para a prescrição pelos enfermeiros	4,00	1,17	-1,295	,946	1	5
Legislativas/Governamentais: ausência de vontade política	4,00	1,14	-1,130	,564	1	5
Externos à profissão: médicos a nível individual	4,00	1,18	-1,130	,511	1	5
Externos à profissão: médicos enquanto grupo organizado	5,00	1,20	-1,602	1,549	1	5
Externos à profissão: farmacêuticos a nível individual	3,00	1,31	-,239	-1,089	1	5
Externos à profissão: farmacêuticos enquanto grupo organizado	4,00	1,32	-,286	-1,146	1	5
Internos à profissão: medo do litígio	3,00	1,19	-,260	-,798	1	5
Internos à profissão: pouca competência	3,00	1,24	,112	-,921	1	5
Internos à profissão: exercício liberal	3,00	1,10	,100	-,587	1	5
Internos à profissão: ambivalência de sentimentos face à prescrição	3,00	1,03	-,114	-,484	1	5
Organizacionais: natureza da relação entre médicos e enfermeiros	4,00	1,16	-,543	-,292	1	5
Organizacionais: preocupação com a segurança dos doentes	3,00	1,21	,301	-,776	1	5
Organizacionais: perspectiva de que é uma ameaça ao trabalho em equipa multidisciplinar	3,00	1,19	-,146	-,982	1	5
Organizacionais: problema de dotações	3,00	1,30	-,098	-1,119	1	5
Financiamento: modelo de financiamento da instituição de saúde onde trabalha	3,00	1,35	-,158	-1,202	1	5
Financiamento: existência de medicamentos sem necessidade de prescrição	2,00	1,22	,406	-,825	1	5
Contexto Social: existência de poucos enfermeiros	3,50	1,34	-,316	-1,104	1	5
Formativas e Investigativas: escassez de enfermeiros formadores experientes em prescrição	4,00	1,23	-,841	-,185	1	5

Para tratar as questões tipo *Likert* como variáveis quantitativas, cada item tem que ter uma distribuição normal. Neste caso as distribuições dos itens não são normais (sig's = 0,000), são na sua maioria simétricas [$|\text{Skwness}/\text{std}_{\text{skwness}}| < 1,96$] e mesocúrticas [$|\text{Kurtosis}/\text{Std}_{\text{kurtosis}}| < 1,96$]

Anexo 7 - Análise descritiva às questões sobre mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros

Tabela 106 - Análise descritiva às questões sobre mais-valias à introdução da prescrição por enfermeiros

	Mediana	DP	Min	Max	Coefficiente de Assimetria	Coefficiente de Achatamento
Legislativo/Governamentais Transnacionais: Implementação das DE relativas à livre mobilidade dos doentes	3,00	1,15	1	5	-0,200	-0,673
Legislativo/Governamentais Transnacionais: Implementação das DE relativas à livre mobilidade dos profissionais de saúde	3,00	1,19	1	5	-0,358	-0,714
Legislativo/Governamentais Transnacionais: Implementação da autoridade prescritora para enfermeiros noutros países europeus	4,00	1,12	1	5	-0,563	-0,267
Legislativo/Governamentais Nacionais: Apoio governamental à prescrição	4,00	1,26	1	5	-0,839	-0,253
Legislativo/Governamentais Nacionais: Revisão da lei dos medicamentos	4,00	1,15	1	5	-0,785	-0,062
Legislativo/Governamentais Nacionais: Lei que confira autoridade aos enfermeiros para prescrever medicação e ajudas técnicas	5,00	1,17	1	5	-1,456	1,221
Internas à profissão: Necessidade dos enfermeiros melhorar o estatuto profissional em função da legitimação do seu trabalho	4,00	1,20	1	5	-0,817	-0,136
Internas à profissão: Elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição	4,00	1,10	1	5	0,988	0,533
Internas à profissão: Elaboração de um acordo para a prática colaborativa com outros profissionais	4,00	1,07	1	5	0,690	0,073
Internas à profissão: Elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição	4,00	1,07	1	5	-1,003	0,494
Internas à profissão: Implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo	4,00	0,99	1	5	0,917	0,495
Internas à profissão: Existência de um órgão regulador profissional autónomo emissor de certificados de práticas anuais	4,00	1,22	1	5	0,665	-0,082
Internas à profissão: Constatação da subutilização das competências dos enfermeiros	4,00	1,06	1	5	0,665	-0,006
Internas à profissão: Implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica	4,00	0,91	1	5	-0,431	-0,011

Internas à profissão: Apoio dos sindicatos de enfermagem	4,00	1,40	1	5	0,356	-1,208
Internas à profissão: Apoio dos responsáveis do Ensino Superior	4,00	1,17	1	5	0,853	-0,056
Externas à profissão: Apoio médico a nível individual	3,00	1,25	1	5	0,153	1,035
Externas à profissão: Apoio médico enquanto grupo organizado	3,00	1,35	1	5	0,349	-1,019
Externas à profissão: Apoio dos farmacêuticos a nível individual	3,00	1,22	1	5	0,024	0,929
Externas à profissão: Apoio dos farmacêuticos enquanto grupo organizado	3,00	1,25	1	5	-0,259	-0,891
Externas à profissão: Apoio dos gestores dos serviços de saúde a nível individual	4,00	1,21	1	5	-0,455	-0,665
Externas à profissão: Apoio dos gestores dos serviços de saúde enquanto grupo organizado	4,00	1,08	1	5	-0,872	0,254
Externas à profissão: Apoio dos grupos de doentes	4,00	1,14	1	5	-0,788	-0,039
Externas à profissão: Apoio dos utentes	4,00	1,18	1	5	-0,820	-0,080
Externas à profissão: Apoio das sociedades científicas	4,00	1,13	1	5	-1,110	0,627
Organizacionais: Necessidade de melhorar os cuidados na Comunidade	4,00	1,03	1	5	-1,123	0,963
Organizacionais: Uso mais efetivo do tempo dos enfermeiros	4,00	1,16	1	5	-0,945	0,195
Organizacionais: Uso mais efetivo das aptidões dos enfermeiros	4,00	,97	1	5	0,971	0,910
Organizacionais: Obtenção de relações de trabalho melhoradas entre Profissionais de Saúde	4,00	1,07	1	5	-0,928	0,493
Organizacionais: Redução da carga laboral dos médicos	3,00	1,29	1	5	0,294	-1,014
Organizacionais: Introdução de instrumentos de apoio à decisão	4,00	1,04	1	5	-0,733	0,366
Organizacionais: Introdução de linhas de orientação clínica suportadas pela prática baseada na evidência	4,00	,95	1	5	-1,060	1,019
Introdução de políticas organizacionais de gestão de risco	4,00	1,08	1	5	-0,809	0,243
Introdução de políticas organizacionais de tutoria	4,00	1,01	1	5	-0,595	0,170
Introdução de políticas organizacionais de mecanismos de auditoria	4,00	,97	1	5	-0,682	0,585
Introdução de políticas organizacionais de prática colaborativa entre os diferentes profissionais	4,00	1,00	1	5	-0,880	0,719
Introdução de políticas organizacionais de gestão clínica	4,00	,95	1	5	-0,713	0,592
Introdução de políticas organizacionais de garantia da qualidade	4,00	,96	1	5	-1,265	1,928
Ganho de tempo para os utentes	4,00	1,17	1	5	-1,037	0,280
Ganho de tempo para os enfermeiros	4,00	1,20	1	5	-0,592	-0,479
Ganho de tempo: Carência de médicos	3,00	1,40	1	5	0,143	-1,288

Ganho de tempo: Existência de protocolos e políticas para orientar a prescrição de fármacos autorizados	4,00	1,28	1	5	-0,937	-0,141
Ganho de tempo: Existência de protocolos e políticas de orientação de prescrição de produtos de cuidados de saúde	4,00	1,20	1	5	-0,932	-0,010
Duração/regularidade de contacto com enfermeiros a nível de acessibilidade	4,00	1,14	1	5	-1,060	0,503
Duração/regularidade de contacto com enfermeiros a nível de maior facilidade de abordagem	4,00	1,15	1	5	-0,984	0,313
Duração/regularidade de contacto com os enfermeiros a nível de maior disponibilização de informações	4,00	1,12	1	5	-1,044	0,511
Financiamento: obter maior valor pelo dinheiro despendido	4,00	1,09	1	5	-0,658	0,085
Financiamento: existência de um SPS que assegure dispensa de medicam e produtos de cuidados de Saúde prescritos por enfermeiros	4,00	1,14	1	5	-0,930	0,273
Financiamento: Aumento do controlo de custos em termos de desperdícios	4,00	1,04	1	5	-1,027	0,860
Contexto Social: Mudanças sociais/demográficas	4,00	1,21	1	5	-0,697	-0,364
Contexto Social: Existência de áreas em expansão nos CSP	4,00	1,11	1	5	-0,896	0,187
Contexto Social: Gestão da doença crónica	4,00	1,15	1	5	-1,028	0,314
Contexto Social: nº insuficiente de prescritores capazes de lidar com as necessidades de saúde crescentes da comunidade	4,00	1,24	1	5	-0,831	-0,262
Resultados de Saúde: Aumento do conhecimento dos fármacos e produtos de cuidados de saúde pelos doentes imediatamente após a dispensa	4,00	1,13	1	5	-0,610	-0,227
Resultados de Saúde: Maior integração de cuidados	4,00	1,13	1	5	-0,846	0,035
Resultados de Saúde: Mair adesão às terapêuticas e regimes de tratamento instituídos	4,00	1,18	1	5	-0,861	-0,084
Resultados de Saúde: Melhoria do custo-efetividade dos medicamentos	4,00	1,11	1	5	-0,921	0,293
Resultados de Saúde: Aumento e satisfação da procura serviços especializados	4,00	1,12	1	5	-1,030	0,472
Resultados de Saúde: Maior acessibilidade aos cuidados de saúde	4,00	1,13	1	5	-1,059	0,566
Resultados de Saúde: Reduções nas prescrições de medicam e produtos de cuidados de saúde	4,00	1,17	1	5	-0,653	-0,342
Resultados de Saúde: Acesso mais rápido às prescrições de medicamentos e de produtos de cuidados de saúde	4,00	1,22	1	5	-0,952	-0,001
Formativas/Investigativas: Introdução de um curso de prática certificada de medicação	4,00	1,15	1	5	-0,887	0,094
Formativas/Investigativas: Definição de requisitos e padrões para programas de ensino para enfermeiros com autoridade de prescrição	4,00	1,09	1	5	-1,127	0,725

Formativas/Investigativas: Aprendizagem Baseada na Evidência	4,00	1,09	1	5	-1,242	0,986
Formativas/Investigativas: Introdução do nível de mestrado para obtenção da autoridade prescritora	3,00	1,33	1	5	0,006	-1,229
Formativas/Investigativas: Investigação sobre o papel dos enfermeiros com poderes prescritivos	4,00	1,16	1	5	-0,709	-0,267

Para tratar as questões tipo *Likert* como variáveis quantitativas, cada item tem que ter uma distribuição normal. Neste caso as distribuições dos itens não são normais ($\text{sig}'s = 0,000$), são na sua maioria simétricas [$|\text{Skwness}/\text{std skwness}| < 1,96$] e mesocúrticas [$|\text{Kurtosis}/\text{Std kurtosis}| < 1,96$]

Anexo 8 - Alavancas / mais-valias profissionais internas à profissão

Tabela 107 – Necessidade de melhorar o estatuto em função da legitimação do seu trabalho

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	10	7,8
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	25	19,5
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	39	30,5
Total	128	100,0

Tabela 108 – Elaboração de padrões de prática orientada para a prescrição

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	7	5,5
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	27	21,1
Concordo	43	33,6
Concordo fortemente	46	35,9
Total	128	100,0

Tabela 109 – Elaboração de um acordo para a prática participativa com outros profissionais de saúde

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	5	3,9
Discordo	11	8,6
Nem concordo nem discordo	30	23,4
Concordo	46	35,9
Concordo fortemente	36	28,1
Total	128	100,0

Tabela 110 – Elaboração de um quadro de referência para a tomada de decisão no âmbito da prescrição

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	5	3,9
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	22	17,2
Concordo	45	35,2
Concordo fortemente	48	37,5
Total	128	100,0

Tabela 111 – Implementação de mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	3	2,3
Discordo	5	3,9
Nem concordo nem discordo	27	21,1
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	51	39,8
Total	128	100,0

Tabela 112 – Existência de um órgão profissional regulador autónomo emissor de certificados de práticas profissionais anuais

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	12	9,4
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	20	15,6
Concordo	51	39,8
Concordo fortemente	35	27,3
Total	128	100,0

Tabela 113 – Subutilização de competências

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	5	3,9
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	35	27,3
Concordo	42	32,8
Concordo fortemente	38	29,7
Total	128	100,0

Tabela 114 – Implementação de quadros de referência robustos para a governação clínica

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	2	1,6
Discordo	6	4,7
Nem concordo nem discordo	40	31,3
Concordo	49	38,3
Concordo fortemente	31	24,2
Total	128	100,0

Tabela 115 – Apoio dos sindicatos de enfermagem

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	20	15,6
Discordo	22	17,2
Nem concordo nem discordo	17	13,3

Concordo	39	30,5
Concordo fortemente	30	23,4
Total	128	100,0

Tabela 116 – Apoio dos responsáveis do Ensino Superior

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	8	6,3
Discordo	11	8,6
Nem concordo nem discordo	23	18,0
Concordo	44	34,4
Concordo fortemente	42	32,8
Total	128	100,0

Anexo 9 - Alavancas / mais-valias profissionais externas à profissão

Tabela 117 – Apoio médico a nível individual

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	26	20,3
Discordo	19	14,8
Nem concordo nem discordo	37	28,9
Concordo	35	27,3
Concordo fortemente	11	8,6
Total	128	100,0

Tabela 118 – Apoio médico enquanto grupo

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	22	17,2
Discordo	14	10,9
Nem concordo nem discordo	31	24,2
Concordo	36	28,1
Concordo fortemente	25	19,5
Total	128	100,0

Tabela 119 – apoio dos farmacêuticos a nível individual

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	24	18,8
Discordo	26	20,3
Nem concordo nem discordo	39	30,5
Concordo	28	21,9
Concordo fortemente	11	8,6
Total	128	100,0

Tabela 120 – Apoio dos farmacêuticos enquanto grupo

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	19	14,8
Discordo	19	14,8
Nem concordo nem discordo	36	28,1
Concordo	37	28,9
Concordo fortemente	17	13,3
Total	128	100,0

Tabela 121 – Apoio dos gestores de saúde a nível individual

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	13	10,2
Discordo	17	13,3
Nem concordo nem discordo	32	25,0
Concordo	43	33,6
Concordo fortemente	23	18,0
Total	128	100,0

Tabela 122 – Apoio dos gestores de saúde enquanto grupo

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	6	4,7
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	24	18,8
Concordo	51	39,8
Concordo fortemente	37	28,9
Total	128	100,0

Tabela 123 – Apoio dos grupos de doentes

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	8	6,3
Discordo	11	8,6
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	48	37,5
Concordo fortemente	35	27,3
Total	128	100,0

Tabela 124 – Apoio dos doentes

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	10	7,8
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	25	19,5
Concordo	47	36,7
Concordo fortemente	36	28,1
Total	128	100,0

Tabela 125 – Apoio das sociedades científicas

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	8	6,3
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	17	13,3
Concordo	51	39,8
Concordo fortemente	44	34,4
Total	128	100,0

Anexo 10 – Alavancas / mais-valias de carácter formativo / investigativo

Tabela 126 – Introdução de um curso de prática certificada de medicação

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	8	6,3
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	23	18,0
Concordo	47	36,7
Concordo fortemente	40	31,3
Total	128	100,0

Tabela 127 – Definição de requisitos e padrões para programas de ensino para enfermeiros com autoridade de prescrição

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	6	4,7
Discordo	10	7,8
Nem concordo nem discordo	14	10,9
Concordo	54	42,2
Concordo fortemente	44	34,4
Total	128	100,0

Tabela 128 – Aprendizagem baseada na evidência

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	6	4,7
Discordo	8	6,3
Nem concordo nem discordo	14	10,9
Concordo	47	36,7
Concordo fortemente	53	41,4
Total	128	100,0

Tabela 129 – Introdução do nível de mestrado para obtenção de autoridade prescritora

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	28	21,9
Discordo	26	20,3
Nem concordo nem discordo	26	20,3
Concordo	34	26,6
Concordo fortemente	14	10,9
Total	128	100,0

Tabela 130 – Investigação sobre o papel dos enfermeiros com poderes prescritivos

Grau de concordância	Frequência	%
Discordo Fortemente	10	7,8
Discordo	14	10,9
Nem concordo nem discordo	25	19,5
Concordo	52	40,6
Concordo fortemente	27	21,1
Total	128	100,0

Anexo 11 - Amplitude dos conhecimentos necessários à prescrição

Tabela 131 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de cuidados especializados aos utentes e enfermeiros de cuidados gerais

Respostas	Frequência	%
Não	4	3,1
Sim	124	96,9
Total	128	100,0

Tabela 132 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas

Amplitude de conhecimentos	Frequência	%
Muito simples	1	0,8
Simple	8	6,5
Normal	35	28,2
Complexa	58	46,8
Muito complexa	22	17,7
Total	124	100,0

Tabela 133 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de meios complementares de diagnóstico

Respostas	Frequência	%
Não	35	27,3
Sim	93	72,7
Total	128	100,0

Tabela 134 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas

Amplitude de conhecimentos	Frequência	%
Muito simples	3	3,2
Simple	8	8,6
Normal	39	41,9
Complexa	31	33,3
Muito complexa	12	12,9
Total	93	100,0

Tabela 135 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de dispositivos clínicos

Respostas	Frequência	%
Não	20	15,6
Sim	108	84,4
Total	128	100,0

Tabela 136 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas

Amplitude de conhecimentos	Frequência	%
Muito simples	1	1
Simple	7	6,5
Normal	36	33,3
Complexa	52	48,1
Muito complexa	12	11,1
Total	108	100,0

Tabela 137 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de produtos de apoio

Respostas	Frequência	%
Não	16	12,5
Sim	112	87,5
Total	128	100,0

Tabela 138 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas

Amplitude de conhecimentos	Frequência	%
Muito simples	3	2,7
Simple	4	3,6
Normal	36	32,1
Complexa	54	48,2
Muito complexa	15	13,4
Total	112	100,0

Tabela 139 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de terapêutica farmacológica

Respostas	Frequência	%
Não	38	29,7
Sim	90	70,3
Total	128	100,0

Tabela 140 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas

Amplitude de conhecimentos	Frequência	%
Muito simples	3	3,3
Simple	12	13,3
Normal	40	44,4
Complexa	27	30,0
Muito complexa	8	8,9
Total	90	100,0

Tabela 141 – Deter os conhecimentos necessários à prescrição de tratamentos

Respostas	Frequência	%
Não	14	10,9
Sim	114	89,1
Total	128	100,0

Tabela 142 – Amplitude de conhecimentos tidos para atuar nas situações simples/complexas

Amplitude de conhecimentos	Frequência	%
Muito simples	7	6,1
Simple	8	7,0
Normal	33	28,9
Complexa	46	40,4
Muito complexa	20	17,5
Total	114	100,0

Anexo 12 - Necessidades formativas por disciplina

Prescrição autônoma

Tabela 143 - Necessidade de formação específica em farmacologia para prescrever autonomamente

Resposta	Frequência	%
Não	29	22,7
Sim	99	77,3
Total	128	100

Tabela 144 - Respostas Sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	9	9,1
Formação em grau moderado	37	37,4
Formação em grau elevado	32	32,3
Formação em grau muito elevado	21	21,2
Total	99	100,0

Tabela 145 - Necessidade de formação específica em anatomia para prescrever autonomamente

Respostas	Frequência	%
Não	76	59,4
Sim	52	40,6
Total	128	100

Tabela 146 - Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	6	11,5
Formação em grau moderado	25	48,1
Formação em grau elevado	13	25,0
Formação em grau muito elevado	8	15,4
Total	52	100,0

Tabela 147 - Necessidade de formação específica em fisiologia para prescrever autonomamente

Respostas	Frequência	%
Não	59	46,1
Sim	69	53,9
Total	128	100,0

Tabela 148 - Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	10	14,5
Formação em grau moderado	30	43,5
Formação em grau elevado	18	26,1
Formação em grau muito elevado	11	15,9
Total	69	100,0

Tabela 149 - Necessidade de formação específica em patologia para prescrever autonomamente

Respostas	Frequência	%
Não	40	31,3
Sim	88	68,8
Total	128	100,0

Tabela 150 - Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	10	11,4
Formação em grau moderado	37	42
Formação em grau elevado	32	36,4
Formação em grau muito elevado	9	10,2
Total	88	100,0

Tabela 151 - Necessidade de formação específica em bioquímica para prescrever autonomamente

Respostas	Frequência	%
Não	40	31
Sim	88	69
Total	128	100

Tabela 152 - Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	1	1,1
Formação em grau reduzido	6	6,8
Formação em grau moderado	38	43,2
Formação em grau elevado	34	38,6
Formação em grau muito elevado	9	10,2
Total	88	100,0

Tabela 153 - Necessidade de formação específica em microbiologia para prescrever autonomamente

Respostas	Frequência	%
Não	39	30,5
Sim	89	69,5
Total	128	100,0

Tabela 154 - Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	11	12,4
Formação em grau moderado	37	41,6
Formação em grau elevado	29	32,6
Formação em grau muito elevado	12	13,5
Total	89	100,0

Prescrição complementar

Tabela 155 - Necessidade de formação específica em farmacologia para prescrever fármacos em complementaridade

Respostas	Frequência	%
Não	54	42,2
Sim	74	57,8
Total	128	100,0

Tabela 156 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	10	13,5
Formação em grau moderado	29	39,2
Formação em grau elevado	28	37,8
Formação em grau muito elevado	7	9,5
Total	74	100,0

Tabela 157 - Necessidade de formação específica em anatomia para prescrever fármacos em complementaridade

Respostas	Frequência	%
Não	90	69,5
Sim	38	30,5
Total	128	100,0

Tabela 158 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	7	18,4
Formação em grau moderado	13	34,2
Formação em grau elevado	13	34,2
Formação em grau muito elevado	5	13,2
Total	38	100,0

Tabela 159 - Necessidade de formação específica em fisiologia para prescrever fármacos em complementaridade

Respostas	Frequência	%
Não	74	57,8
Sim	54	42,2
Total	128	100,0

Tabela 160 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	5	12,8
Formação em grau moderado	13	33,3
Formação em grau elevado	15	38,5
Formação em grau muito elevado	6	15,4
Total	39	100,0

Tabela 161 - Necessidade de formação específica em patologia para prescrever fármacos em complementaridade

Respostas	Frequência	%
Não	58	45,3
Sim	70	54,7
Total	128	100,0

Tabela 162 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	11	15,7
Formação em grau moderado	33	47,1
Formação em grau elevado	19	27,1
Formação em grau muito elevado	7	10,0
Total	70	100,0

Tabela 163 - Necessidade de formação específica em bioquímica para prescrever fármacos em complementaridade

Respostas	Frequência	%
Não	65	50,8
Sim	63	49,2
Total	128	100,0

Tabela 164 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	1	1,6
Formação em grau reduzido	6	9,5
Formação em grau moderado	29	46,0
Formação em grau elevado	19	30,2
Formação em grau muito elevado	8	12,7
Total	63	100,0

Tabela 165 - Necessidade de formação específica em microbiologia para prescrever fármacos em complementaridade

Respostas	Frequência	%
Não	60	46,9
Sim	68	53,1
Total	128	100,0

Tabela 166 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	1	1,5
Formação em grau reduzido	12	17,6
Formação em grau moderado	29	42,6
Formação em grau elevado	21	30,9
Formação em grau muito elevado	5	7,4
Total	68	100,0

Prescrição protocolada

Tabela 167 - Necessidade de formação específica em farmacologia para prescrever fármacos segundo protocolo

Respostas	Frequência	%
Não	70	54,7
Sim	58	45,3
Total	128	100,0

Tabela 168 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	1	1,7
Formação em grau reduzido	7	12,1
Formação em grau moderado	29	50,0
Formação em grau elevado	11	19,0
Formação em grau muito elevado	10	17,2
Total	58	100,0

Tabela 169 - Necessidade de formação específica em anatomia para prescrever fármacos segundo protocolo

Respostas	Frequência	%
Não	97	75,8
Sim	31	24,2
Total	128	100,0

Tabela 170 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	1	3,2
Formação em grau reduzido	3	9,7
Formação em grau moderado	12	38,7
Formação em grau elevado	9	29,0
Formação em grau muito elevado	6	19,4
Total	31	100,0

Tabela 171 - Necessidade de formação específica em fisiologia para prescrever fármacos segundo protocolo

Respostas	Frequência	%
Não	96	75,0
Sim	32	25,0
Total	128	100,0

Tabela 172 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	5	15,6
Formação em grau moderado	13	40,6
Formação em grau elevado	9	28,2
Formação em grau muito elevado	5	15,6
Total	32	100,0

Tabela 173 - Necessidade de formação específica em patologia para prescrever fármacos segundo protocolo

Respostas	Frequência	%
Não	95	74,2
Sim	33	25,8
Total	128	100,0

Tabela 174 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	4	12,1
Formação em grau moderado	15	45,5
Formação em grau elevado	9	27,3
Formação em grau muito elevado	5	15,2
Total	33	100,0

Tabela 175 - Necessidade de formação específica em bioquímica para prescrever fármacos segundo protocolo

Respostas	Frequência	%
Não	90	70,3
Sim	38	29,7
Total	128	100,0

Tabela 176 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	6	15,8
Formação em grau moderado	17	44,7
Formação em grau elevado	8	21,1
Formação em grau muito elevado	7	18,4
Total	38	100,0

Tabela 177 - Necessidade de formação específica em microbiologia para prescrever fármacos segundo protocolo

Respostas	Frequência	%
Não	88	68,8
Sim	40	31,3
Total	128	100,0

Tabela 178 – Respostas sim

Grau de formação necessário	Frequência	%
Nenhuma formação	0	0
Formação em grau reduzido	9	22,5
Formação em grau moderado	17	42,5
Formação em grau elevado	10	25,0
Formação em grau muito elevado	4	10,0
Total	40	100,0

Anexo 13 - Rácio de médicos e de enfermeiros por 1000 habitantes entre 1996 e 2015 em países OCDE

Tabela 179 – Rácio de médicos e de enfermeiros por 1000 habitantes entre 1996 e 2015 em países OCDE

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Médicos																			
Austrália		2,98	3,01	3,06	3,09	3,17	3,18	3,25	3,29	3,36	3,51	3,71	3,71	3,82		3,93	4,03	4,11	4,21	
Canada	2,26	2,25	2,27	2,28	2,29	2,29	2,31	2,3	2,32	2,34	2,36	2,4	2,44	2,51	2,55	2,63	2,69	2,74	2,78	
Irlanda	2,1	2,12	2,18	2,26	2,22	2,37	2,4	2,57	2,74	3,53	3,63	3,83	3,95	4	4,13	4,11	3,96	3,95	4,12	4,42
Holanda			2,94	2,95	3,03	3,09	3,17	3,24	3,33	3,41	3,49	3,58	3,67	3,75	3,83	3,93	4,07	4,17	4,27	
Nova Zelândia					2,56	2,62	2,68	2,71	2,76	2,8	2,84	2,92	2,99	3,06	3,08	3,2	3,24	3,29	3,28	3,31
Portugal	2,89	2,93	2,98	3,02	3,08	3,13	3,16	3,22	3,28	3,36	3,43	3,52	3,61	3,72	3,85	3,98	4,1	4,26	4,43	
Espanha	4,19	4,25	4,32	4,38	4,45	4,43	4,49	4,52	4,54	4,56	4,57	4,6	4,66	4,72	4,8	4,84	4,89	4,99	5,13	
Suécia	3,8	3,89	3,98	4,07	4,18	4,3	4,42	4,57	4,73	4,89	5,05	5,23	5,39	5,53	5,66	5,82	5,98	6,14	6,28	
EUA	2,74	2,78	2,82	2,86	2,88	2,93	2,97	3	3,02	3,05	3,09	3,12	3,14	3,17	3,19	3,22	3,27	3,3	3,34	
	Enfermeiros																			
Austrália		13,87		13,66		13,49		13,86	14,18	14,16		14,68	14,72	14,8		14,8	14,7	14,89	15,04	
Canada	11,65	11,44	11,08	11,02	10,85	10,69	10,5	10,56	10,64	10,73	10,78	10,87	11	11,16	11,26	11,39	11,46	11,61	11,45	
Irlanda	12,32	12,83	13,08	13,57	13,95	14,76	15,28	14,76	14,93	15,06	15,31	15,29	15,28	15,1	14,78	14,67	14,58	14,44	14,03	14,04
Holanda				12,27	12,52	12,79	13,09	13,4	13,68	13,95	14,2	14,44	14,68	14,89	15,13	15,38	15,7	15,9	10,66	
Nova Zelândia										11,22	10,64	10,61	11,43	12,03	11,16	11,07	11,19	11,27	11,39	11,47
Portugal									4,22	4,43	4,68	4,95	5,18	5,43	5,68	5,88	5,99	6,05	6,13	
Espanha	4,32	4,44	4,69	4,78	4,92	4,96	4,99	5,07	5,1	5,14	5,18	5,22	5,28	5,35	5,48	5,58	5,51	5,54	5,73	
Suécia	13,23	13,54	13,84	14,13	14,4	14,66	14,92	15,2	15,5	15,84	16,14	16,39	16,6	16,78	16,96	17,18	17,34	17,47	17,57	
EUA				14,37	14,2	13,65	14,13	14,12	13,29	14,28	14,62	14,75	15,62	15,49	15,51	16,24	16,32	16,43	16,63	

(nota: os valores são no rácio de /1000 habitantes)

Anexo 14 – Necessidade de formação em patologia para prescrever em complementaridade

Tabela 180 - Necessidade de formação em patologia para prescrever em complementaridade

		Categoria profissional		Total
		Enfermeiro Especialista a exercer a especialidade	Enfermeiro Especialista com funções de Enfermeiro de Cuidados Gerais	
Necessita de formação em patologia para prescrever medicamentos em complementaridade	Não	42 52,5 %	16 33,3 %	58
	Sim	38 47,5%	32 66,7%	70
Total		80	48	128