



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM

IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

**O enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico interprofissional
– a visão do médico**

JOSÉ MIGUEL SOUSA PEDRO SEGURO

Coimbra, março de 2021



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM

IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

**O enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico interprofissional
– a visão do médico**

JOSÉ MIGUEL SOUSA PEDRO SEGURO

Orientadora: Professora Doutora, Maria Isabel Domingues Fernandes, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coorientador: Professor Doutor, Luís Manuel da Cunha Batalha, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica

Coimbra, março de 2021

“Podemos escolher recuar em direção à segurança ou avançar em direção ao crescimento.

A opção pelo crescimento tem que ser feita repetidas vezes.

E o medo tem que ser superado a cada momento.”

(Abraham Maslow)

AGRADECIMENTOS

Sentido reconhecimento,

à minha orientadora - Professora Doutora Isabel Fernandes - pela paciência, persistência e tempo que dispôs para conduzir esta tese e por me ter acompanhado não apenas ao longo desta investigação, mas em múltiplas aprendizagens em contexto clínico e não clínico. A sua visão e método de ensino foram e são, para mim, verdadeiramente inspiradores;

ao meu coorientador – Professor Doutor Luís Batalha - pela dedicação e resiliência demonstradas em todo o estudo, por garantir sempre uma palavra de alento e por me apresentar muitas vezes o melhor caminho a seguir;

a todos os investigadores do projeto DeMoPhaC (em Portugal e na Europa), pela partilha de conhecimentos, experiências e frustrações e pela incansável dedicação ao projeto;

a todos os participantes no estudo, cujas entrevistas, ideias, reflexões, sugestões, depoimentos, críticas e experiências influenciaram e contribuíram de forma significativa para o meu estudo e para a minha evolução enquanto pessoa, enfermeiro e investigador;

aos meus colegas de trabalho e chefias institucionais por todo o suporte e respeito pelo tempo investido na formação, investigação e redação da tese;

aos meus amigos por terem ajudado a divulgar esta investigação junto dos seus pares e por contribuírem, todos os dias, de forma significativa para o meu bem-estar pessoal;

à minha família, um cumprimento especial, por garantir fonte inesgotável de coragem e determinação. Por todo o incentivo, suporte, e por me consentir tempo para investir neste estudo e no meu percurso profissional e académico;

à Rita, por ser a companheira que me apoia incondicionalmente e me permite sonhar, sempre.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CF – Cuidado Farmacoterapêutico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeMoPhaC – *Development of a model for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care*

Doi – *Digital object identifier*

EA – Eventos Adversos

Et al. – E outros

EUPRON – *Nurses' role in interprofessional pharmaceutical care in Europe*

Ex. – Exemplo

DGS – Direção Geral da Saúde

IOM – *Institute of Medicine*

Nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

P. – Página

P.P. – Páginas

PC – *Pharmaceutical Care*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

UICISA:E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

RESUMO

Introdução – O cuidado farmacoterapêutico (CF) é assumidamente uma área de confluência multiprofissional. As responsabilidades e intervenções dos enfermeiros no CF variam entre contextos de cuidados de saúde e entre países.

Objetivo – Conhecer a visão dos médicos portugueses sobre as responsabilidades dos enfermeiros no CF interprofissional.

Metodologia – Seleccionados intencionalmente oito médicos (*critical cases*) com experiência relevante no CF, de prática clínica, investigação, educação e em estruturas regulatórias ou políticas. A estes foi realizada entrevista individual, semiestruturada.

Resultados – Os participantes enquadraram as funções dos enfermeiros na preparação e administração, monitorização, prescrição e educação do utente e/ou cuidador. Relevam que sejam preservadas e valorizadas as áreas da preparação e administração, monitorização e educação do utente e/ou cuidador. Sobre a prescrição, não há unanimidade entre os participantes enquanto alguns assumem que não é uma competência atribuível aos enfermeiros, outros assumem que pode ser um caminho futuro, a partir de formação específica, definição de protocolos, limitação a grupos de utentes, supervisão médica, mudanças políticas e/ou de mentalidade. A diferenciação do enfermeiro no CF estará dependente de requisitos individuais, da equipa interdisciplinar e de contexto de intervenção e/ou político. Identificam: a formação geral, as *soft skills* e a relação enfermeiro-utente/família como pontos fortes dos enfermeiros para o CF; a formação específica em CF, a comunicação interprofissional e os métodos/condições atuais de trabalho como pontos fracos; a investigação, o trabalho interdisciplinar ou em rede, os ganhos para o utente e eventuais ganhos financeiros, como oportunidades; os conflitos interprofissionais, os riscos e dificuldades associados à prescrição e a (des)motivação dos enfermeiros para assumirem um papel diferenciado no CF, como ameaças.

Conclusão – Na equipa de CF, os médicos consideram que a preparação, administração, monitorização e educação do utente e/ou cuidador são intervenções da responsabilidade do enfermeiro. Por parte daqueles profissionais, há recetividade, para que estas sejam reforçadas integrando a prescrição, quando se evidenciar que os *curricula* são diferenciados na preparação para o CF.

Palavras-chave – cuidado farmacoterapêutico; gestão de medicamentos; colaboração interprofissional; trabalho em equipa; enfermeiro.

ABSTRACT

Introduction – Pharmaceutical care (PC) is admittedly an area of multiprofessional convergence. Nurses' responsibilities and interventions in the PC vary between health care contexts and between countries.

Objective – Understand the view of Portuguese physicians about the responsibilities of nurses in the PC.

Methods - Intentionally selected eight physicians (critical cases) with relevant experience in the CF, in clinical practice, research, education and in regulatory or political structures. These were interviewed individually, semi-structured.

Results - The participants framed the nurses' roles in the preparation and administration, monitoring, prescription and education of the user and/or caregiver. They noted that the areas of preparation and administration, monitoring and education of the user and / or caregiver are preserved and valued. Regarding the prescription, there is no unanimity among the participants while some assume that it is not a competence attributable to nurses, others assume that it may be a future path, based on specific training, definition of protocols, limitation to groups of users, medical supervision, political and/or mentality changes. The differentiation of nurses in the PC will be dependent on individual requirements, the interdisciplinary team and the context of intervention and/or politics. They identify: general training, soft skills and the nurse-user/family relationship as strengths of nurses for the PC; specific training in PC, interprofessional communication and current working methods/conditions as weaknesses; research, interdisciplinary or networked work, gains for the user and possible financial gains, such as opportunities; the interprofessional conflicts, the risks and difficulties associated with the prescription and the (de)motivation of nurses to assume a different role in the PC as threats.

Conclusion - In the PC team, physicians consider that the preparation, administration, monitoring and education of the user and/or caregiver are interventions under the responsibility of nurses. On the part of those professionals, there is receptivity, so that they are reinforced by integrating the prescription, when it becomes evident that the curricula are differentiated in the preparation for the PC.

Keywords - pharmaceutical care; pharmacotherapeutic care; medication management; interprofessional collaboration; teamwork; nurse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do processo de gestão da medicação (IOM, 2007).....	30
Figura 2 – Temas centrais resultantes da análise dos dados.....	55
Figura 3 – Categorias e subcategorias associadas ao tema – Conteúdo funcional do Enfermeiro no CF.....	56
Figura 4 – Categorias e subcategorias associadas ao tema – Requisitos para a intervenção do Enfermeiro no CF.....	64
Figura 5 – Categorias e subcategorias associadas ao tema – Revisão do conteúdo funcional do Enfermeiro no CF.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da pesquisa de 15 de janeiro de 2019.....	38
Tabela 2 – Quadro síntese das pesquisas selecionadas a 15 de janeiro de 2019.....	40
Tabela 3 – Caracterização sumária dos participantes no estudo	48

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO	26
1.2 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	29
1.3 PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO.....	30
1.4 O ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO	31
1.5 SEGURANÇA NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO	32
1.6 O CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO INTERPROFISSIONAL: RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO	37
2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2.1 TIPO DE ESTUDO	43
2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	44
2.3 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	45
2.4 PARTICIPANTES	46
2.5 INSTRUMENTO PARA COLHEITA DE DADOS	49
2.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	51
2.7 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	53
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	55
3.1 CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO.....	56
3.2 REQUISITOS PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO.....	63
3.3 REVISÃO DO CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO.....	68

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
4.1 CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO.....	77
4.2 REQUISITOS PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO.....	84
4.3 REVISÃO DO CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO.....	88
4.3.1 Pontos Fortes	89
4.3.2 Pontos Fracos	89
4.3.3 Oportunidades	91
4.3.4 Ameaças	92
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ANEXOS

Anexo I – Guião de Entrevista

Anexo II – Questionário Caracterizador da Amostra

Anexo III – Parecer da Comissão Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Anexo IV – Formulário para Consentimento Informado

Anexo V – Documento de Informação sobre o estudo para participantes

INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem em Portugal insere-se num contexto de atuação interprofissional. O trabalho em equipa interprofissional pressupõe redução da duplicação de esforço, melhoria da satisfação profissional, superação da fragmentação na prestação de serviços e incremento da segurança e da qualidade dos cuidados aos utentes de acordo com Molyneux (2001), Litaker et al. (2003) e Haynes et al. (2009) referidos por Reeves, Macmillan & Van Soeren (2010).

Assim, e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (1996), distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: intervenções interdependentes - as que envolvem atuação de outros técnicos da equipa (ex. prescrições médicas); e independentes ou autónomas - as iniciadas por prescrição do enfermeiro.

Nestas intervenções são mobilizados diferentes padrões de conhecimento, mediados pela tomada de decisão por parte dos enfermeiros.

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) a partir dos dados que colhe e do juízo que faz sobre eles. Após a identificação da problemática, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados. No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação científica na sua prática (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2002).

A prática de enfermagem é determinada por um carácter científico, devido à sua orientação instrumental e à sua base disciplinar assente no conhecimento científico, que orienta os processos de tomada de decisão (Kim, 2010).

Um destes processos é o Cuidado Farmacoterapêutico (CF), em que o enfermeiro toma decisões em toda a linha, desde a avaliação clínica do utente até à monitorização do efeito da terapêutica e educação do utente.

Este tem vindo a ganhar protagonismo nos cuidados de saúde e a sofrer evolução nos últimos séculos, um pouco por todo o mundo.

A intervenção do enfermeiro neste âmbito revela-se em várias atividades que se incluem nas competências dos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, realizadas por

estes. As intervenções de enfermagem no CF exigem conhecimento amplo sobre os princípios que envolvem a prescrição, armazenamento, preparação, administração de medicamentos, educação e monitorização de efeitos e adesão terapêuticos (Miasso et al., 2006).

O recurso a medicamentos, na atualidade, ocorre de forma transversal em todos os tipos de cuidados de saúde e reveste-se de uma grande importância para profissionais e utentes, resultando em necessidade de conhecimento científico e responsabilidade legal da equipa de enfermagem em função dos medicamentos utilizados.

Os cuidados de saúde associados à utilização de medicamentos são assumidamente uma área de confluência de atuação multiprofissional, sobretudo de enfermeiros, médicos e farmacêuticos.

As responsabilidades e intervenções dos profissionais neste âmbito variam entre contextos de cuidados de saúde, sendo fundamentais as interações e a comunicação entre os profissionais envolvidos. Esta variabilidade associada à necessidade de definição cabal de áreas de responsabilidade e intervenções dos profissionais, sobretudo as de enfermagem, motivaram a definição de uma linha de investigação multicentro, cujo objetivo final é a criação de um modelo orientador para a prática de enfermagem relacionada com a utilização de medicamentos - *Development of a Model for nurses' role in inter-professional Pharmaceutical Care* (DeMoPhaC).

O projeto DeMoPhaC é promovido pela *Nurses and Pharmaceutical Care* (NuPhaC) – uma rede de investigadores de várias nacionalidades reunidos para colaborar e fortalecer a investigação, a prática, a formulação de políticas e a educação sobre a gestão de medicamentos e o CF em enfermagem.

O desenho desta investigação sustentou-se nos resultados de um estudo prévio – *Nurses' role in interprofessional pharmaceutical care in Europe* (EUPRON), realizado com uma amostra de mais de 3300 enfermeiros, médicos e farmacêuticos de 14 países europeus. Desses resultados destaca-se, segundo De Baetselier et al. (2020), que os enfermeiros são parte integrante do CF em colaboração com os médicos e farmacêuticos. Acresce a esta conclusão de que a monitorização de efeitos terapêuticos ou adversos da

medicação, a monitorização da adesão terapêutica, a educação/informação para o utente e família sobre a medicação e a prescrição de medicamentos fazem parte das atividades dos enfermeiros na Europa. A maioria dos profissionais de saúde, participantes na investigação, revela que o envolvimento dos enfermeiros no CF deveria ser ampliado e que a colaboração/comunicação existente entre enfermeiros e médicos no CF é limitado e entre enfermeiros e farmacêuticos ainda mais.

O DeMoPhaC emerge, então, como uma investigação internacional sobre o papel do enfermeiro no CF. Pretende fortalecer evidências, consubstanciar políticas, práticas e bases para a educação sobre os cuidados com medicamentos praticados por enfermeiros em contextos interprofissionais e centrados no doente.

O papel dos enfermeiros no CF, apesar de reconhecidamente impactante pelos restantes profissionais, não é transparente, uma vez que varia nos múltiplos contextos da prática de cuidados de saúde e entre os diferentes países europeus. Acrescendo a essa variabilidade, a formação dos enfermeiros tem uma descrição pouco clara dos objetivos com o CF entre os múltiplos planos de estudo de enfermagem. E, por outro lado, a correspondência com as necessidades do mercado de trabalho e da sociedade revela-se muitas vezes insuficiente (Antwerpen Universiteit, 2020).

A falta de uma definição clara e de reconhecimento das competências e intervenções dos enfermeiros no CF, combinada com as diferentes perceções e atuações entre os países, na prática e formação de enfermagem, têm um grande impacto. Estas dificultam a colaboração a diferentes níveis como: a qualidade da colaboração interprofissional, a prática clínica, a investigação, a educação, a inovação e a mobilidade laboral dos enfermeiros.

A investigação internacional, DeMoPhaC, tem como finalidade contribuir para superar a falta de clareza e a variabilidade nas funções e competências dos enfermeiros no CF interprofissional na Europa. Com os resultados poderá ser possível criar uma estrutura que permita maior transparência, igualdade e comparabilidade de qualificações e resultados de formação com vista a facilitar a colaboração internacional e interprofissional, a

mobilidade dos enfermeiros na Europa e as transições entre a formação e a prática profissional.

Este estudo pretende-se, simultaneamente, que exista *per si*, e que contribua e dê corpo à visão dos profissionais de saúde portugueses sobre o CF na investigação internacional - DeMoPhaC.

Assim, este estudo teve como objetivo geral conhecer a visão dos médicos portugueses sobre as responsabilidades dos enfermeiros no CF interprofissional. Advindo deste objetivo, surgiram os objetivos específicos: conhecer a visão do médico sobre as responsabilidades, intervenções e os requisitos para a intervenção ativa do enfermeiro no CF; e analisar a perceção do médico sobre os constrangimentos e potencialidades da intervenção dos enfermeiros no CF no presente e no futuro.

Para a concretização dos objetivos desenhou-se um estudo qualitativo norteado pela seguinte questão de investigação: “Qual a visão do médico sobre as responsabilidades do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico numa equipa interdisciplinar?”.

Numa busca de clarificação do percurso do estudo e operacionalização dos objetivos, subdividiu-se a questão de investigação em três sub-questões: “Quais as responsabilidades e intervenções dos enfermeiros no CF interprofissional?”; “Quais os requisitos para uma intervenção ativa do enfermeiro no CF interprofissional?” e “Quais as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças sobre a função que o enfermeiro assume ou pode assumir no CF interdisciplinar?”.

Nesse sentido desenhou-se uma investigação, agora consubstanciada neste relatório de dissertação, estruturado no seguinte esquema: uma introdução onde se aborda a temática do CF e enquadra o estudo na investigação DeMoPhaC, os objetivos e a metodologia utilizada. Seguindo-se a fundamentação teórica, com a exploração dos conceitos de CF, colaboração interprofissional e o processo de gestão da medicação, uma exploração breve sobre o que pode pertencer à área de competência e intervenção dos enfermeiros neste âmbito, uma abordagem à segurança no CF e, a partir de uma revisão integrativa da literatura (RIL), apresentar as principais evidências sobre as responsabilidades do enfermeiro no CF. Após o enquadramento teórico surge o capítulo relativo à metodologia

do estudo, no qual se incluem esclarecimentos sobre o tipo de estudo, os objetivos do mesmo, a questão de investigação, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados e atenção fornecida aos aspetos éticos e deontológicos na investigação. Segue-se a apresentação e análise dos dados provenientes das entrevistas realizadas e conseqüentemente a discussão em contraste com a literatura mais atual, culminando com as conclusões onde se apresentam uma síntese das ideias e perspectivas futuras para o papel do enfermeiro, enquanto parte integrante de uma equipa interprofissional, no CF.

Este documento pretende constituir um passo para a construção e concretização de um estudo relativo à visão do médico sobre o papel do enfermeiro no CF em Portugal, criando um ambiente de discussão sobre a participação mais ampla do enfermeiro no CF.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste estudo confluem três conceitos centrais: CF (interprofissional), enfermeiro e responsabilidades. Conceitos que se correlacionam e que dão corpo à questão e objetivos da investigação.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação no qual interagem múltiplos profissionais. Quando nessa atuação nos focamos em cuidados relativos aos medicamentos, o leque de profissionais envolvidos resume-se fundamentalmente a três grupos: enfermeiros, médicos e farmacêuticos.

Numa primeira linha importa estabelecer a relação do CF com os medicamentos.

Portugal no seu Estatuto do Medicamento, Decreto-Lei 176/2006 de 30 Agosto, transpõe a definição do Concelho Europeu para o contexto português e advoga que “um 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” (Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de Agosto, p. 6300-6301).

Segundo Cabral e Pita (2015), os medicamentos são apresentados ao público com uma determinada forma, designada habitualmente, por forma farmacêutica. Para que esta se obtenha há um longo processo de investigação e um rigoroso processo de produção. A forma farmacêutica é definida como o “estado final que as substâncias ativas ou excipientes apresentam depois de submetidas às operações farmacêuticas necessárias, a fim de facilitar a sua administração e obter o maior efeito terapêutico desejado” (Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto, p. 6300).

É da confluência destas definições que partimos num caminho para o CF – cuidado ao utente relacionado com a utilização de medicamentos (ou formas farmacêuticas).

1.1 CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

O tratamento de condições de saúde/doença com o recurso a medicamentos – constituiu-se ao longo dos tempos um elemento necessário e imprescindível nos cuidados de saúde.

Tal como os medicamentos, também os papéis dos profissionais de saúde relacionados com os mesmos foram evoluindo ao longo da história. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos viram as suas atribuições no âmbito do CF sofrer modificações e adaptações aos contextos temporais e geográficos.

A definição mais utilizada para o CF, ainda deriva de Hepler e Strand (1990) e que foi reafirmada, ainda, no ano de 2020, numa resolução do Conselho da Europa de 11 de março sobre o “*pharmaceutical care*”.

De acordo com a definição desenvolvida por Hepler e Strand (1990, p. 539), “*pharmaceutical care*”, tradução literal para português – CF - é o “fornecimento responsável de medicamentos com a finalidade de alcançar resultados definitivos que melhorem a qualidade de vida do utente. Envolve o processo pelo qual um farmacêutico coopera com um utente e outros profissionais na conceção, implementação e monitorização de um plano terapêutico que irá produzir resultados terapêuticos específicos para o utente”.

Numa perspetiva mais centrada no utente, Strand, em 1990, refere que o CF não é apenas uma teoria, mas, também, uma filosofia da prática dos cuidados de saúde.

Com a evolução dos sistemas de saúde a nível global e com as redefinições de papéis dos profissionais de saúde, estas definições têm sido analisadas, escrutinadas cientificamente e adaptadas aos cuidados de saúde atuais. Num editorial da *Pharmacy Practice*, Van Mil e Fernandez-Llimos (2013) problematizam estes conceitos questionando se a “gestão de medicamentos” corresponde de forma linear ao “cuidado farmacêutico”. Consideram que desta questão decorre uma outra “*is the provision of drug therapy than something pharmacists do?*” (Os farmacêuticos fazem realmente a provisão de medicamentos?). Por fim, os autores terminam considerando que a palavra “farmacêutico” no CF está, geralmente, associada ao medicamento e não ao profissional (Van Mil & Fernandez-Llimos, 2013).

O CF, como apontam Morak et al. (2010), baseia-se numa relação entre o utente e os profissionais de saúde (que aceitam a responsabilidade pelo utente). Implica a participa-

ção ativa do utente nas decisões, a cooperação de profissionais de saúde em todas as disciplinas e dá prioridade aos ganhos em saúde, não apenas numa lógica de fornecimento ou provimento de medicamentos.

Carollo, Rieutord e Launay-Vacher, em 2012, consideravam o CF como o cuidado (relacionado com os medicamentos) de qualquer profissional aos utentes, a fim de garantir resultados terapêuticos, estabelecendo e administrando um plano de cuidados farmacológicos.

Além do conceito CF, na bibliografia podem encontrar-se conceitos análogos e utilizados, comumente em países anglo-saxónicos, como: “*medicines management*” ou “*medication management*”, que podem ser traduzidos para português por “gestão da medicação”.

A gestão da medicação é, segundo a Royal Pharmaceutical Society (2013) citada por Faria et al. (2014), considerado um importante facilitador da otimização da utilização de medicamentos, constituindo-se um processo para garantir que o uso de medicamentos pelos utentes seja o mais seguro, eficaz e eficiente possível. Esta terminologia é referida sobretudo por profissionais de farmácia e tem sido usada historicamente no contexto britânico para a gestão dos medicamentos, sendo de utilização residual em Portugal.

Como metodologia de trabalho para profissionais de saúde envolvidos no processo de medicação, Faria et al. (2014) refere que a otimização de medicamentos, com foco no utente e nas suas experiências, é indispensável para garantir o uso seguro e adequado dos medicamentos e contribui para a maximização dos resultados dos mesmos, evitando danos, prejuízos e uma utilização inadequada.

A gestão de medicação corresponde ao uso clínico, económico e seguro de medicamentos para garantir que os utentes obtenham o máximo benefício dos medicamentos de que necessitam, minimizando, ao mesmo tempo, possíveis danos (Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust, 2016).

Outro conceito ainda utilizado neste âmbito, principalmente por farmacêuticos, é o acompanhamento farmacoterapêutico. Este é descrito por Lima et al. (2016) como o instrumento da prática farmacêutica, no qual o profissional se responsabiliza pelas necessidades do utente relacionadas com a farmacoterapia, contemplando a deteção, a prevenção e a resolução de problemas relacionados com medicamentos. Silva et al. (2018) acrescentam que estas recomendações do farmacêutico devem ser planeadas,

documentadas e realizadas junto ao utente e restantes profissionais de saúde, visando resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia.

Os cuidados relacionados ao uso de medicamentos para o tratamento, diagnóstico ou prevenção de doenças não estão atribuídos exclusivamente apenas a uma profissão, mas são assegurados por diferentes profissionais de saúde com várias funções. Em Portugal, estas tarefas estão fundamentalmente sob alçada de médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

No entanto, apesar desta partilha de atividades entre grupos profissionais, não existe a utilização de uma terminologia comum para este conjunto de atividades. Uma visão partilhada a nível internacional por Falconer et al. (2019) citados por Heczková e Dilles (2020) refere que a terminologia e conceitos utilizados para descrever este processo são complexos e heterogêneos. Muitas vezes a terminologia utilizada reflete o ponto de vista de um determinado grupo profissional.

Neste estudo por se pretender, uma visão não apenas direcionada ao farmacêutico e dado não se encontrar uma real vinculação a um termo específico na língua portuguesa para os cuidados relacionados com os medicamentos por parte dos profissionais de saúde de forma integrada e interprofissional, optou-se pela adaptação e utilização do termo CF ao invés da tradução literal para “cuidado farmacêutico” ou utilização de outro conceito dos acima mencionados.

O conceito central do estudo DeMoPhaC – “*pharmaceutical care*” foi assim ajustado ao contexto português para “cuidado farmacoterapêutico”, uma vez que se pretende investigar as responsabilidades e intervenções dos enfermeiros não no “cuidado farmacêutico” (tradução direta), mas no cuidado mais global relacionado com os medicamentos. Neste termo, estão envolvidos vários profissionais de saúde com algumas atribuições comuns, outras específicas, mas com o objetivo comum de prestar o melhor e mais seguro cuidado aos utentes.

Este conceito está em linha com o sugerido por Dilles et al. (2010) com a referência a “*pharmacotherapeutic nursing care*”. Estes autores definem as atividades farmacoterapêuticas como “atividades que vão além da gestão de medicamentos, incluindo o pedido, armazenamento, preparação e administração de medicamentos.” Referem ainda, que o CF contempla também “a avaliação da terapêutica e a orientação do utente” (Dilles et al., 2010, p. 1073).

Podem encontrar-se também referências na literatura ao termo CF em artigos de Bondesson et al. (2003), Lemmens et al. (2015) e Silva et al. (2018).

1.2 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Há mais de quarenta anos que a colaboração entre profissionais de saúde vem sendo defendida como um meio para atingir a integração dos cuidados de saúde a nível global, contrariando uma tendência de fragmentação dos mesmos. A este propósito Bell (2016) refere a Declaração de Alma Ata (1978) da Organização Mundial de Saúde como um marco, dado que aí a prática colaborativa surge como essencial para uma prática efetiva e eficiente nos cuidados de saúde primários.

Vários estudos indicam explícita e implicitamente que a colaboração entre profissionais nos cuidados de saúde é essencial para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

A colaboração interprofissional “ocorre quando dois ou mais profissionais de saúde de diferentes disciplinas trabalham em conjunto num ambiente respeitoso, igualitário e sem uma relação hierárquica”, partilhando objetivos de cuidado, havendo partilha de opiniões e de poderes na decisão clínica (Bell, 2016, p.202).

Acrescentam, ainda, que quando existe essa colaboração os utentes têm maior probabilidade de beneficiarem de um cuidado holístico, que dê resposta adequada às suas necessidades, e dos erros serem minimizados.

A colaboração é, assim, uma relação mutuamente benéfica e bem definida estabelecida por duas ou mais organizações para atingir objetivos comuns. A relação inclui um compromisso com a definição de relacionamentos e objetivos mútuos, uma estrutura desenvolvida em conjunto e com uma responsabilidade partilhada, autoridade recíproca e responsabilidade pelo sucesso e partilha de recursos e recompensas (Mattessich e Monsey (1992) citados por Green & Johnson (2015)).

Caraterísticas fundamentais para a boa colaboração foram identificadas tanto no desporto como nos cuidados de saúde podendo influenciar o sucesso da equipa. Os exemplos incluem responsabilidade, comunicação, liderança, disciplina, coordenação, ter um propósito claro e uma estratégia definida (Bosch & Mansell, 2015).

1.3 PROCESSO DE GESTÃO DA MEDICAÇÃO

O processo de gestão da medicação de acordo com o *Institute of Medicine* (IOM) (2007) citado por Hughes e Blegen (2008), é complexo, sensível e compreende cinco fases consecutivas, que se podem repetir de forma cíclica: pedido e/ou prescrição; transcrição e verificação; dispensa e entrega; administração; e monitorização e registo, conforme se apresenta na **Figura 1**.



Figura 1 – Processo de Gestão da Medicação (IOM, 2007)

Nesta classificação de processo encontramos omissos alguns passos que podem estar implícitos, no entanto, terão que ser acautelados para um CF seguro e sem falhas, nomeadamente, o armazenamento/acondicionamento, a preparação e o ensino (ao utente/família).

Mais recentemente e de acordo com a norma nº 014/2015 da Direção Geral da Saúde (DGS), os profissionais envolvidos na gestão da medicação devem promover o desenvolvimento de práticas seguras no processo, com ênfase nos seguintes pontos-chave:

- Informação sobre o utente e o medicamento (normalização da comunicação, intercomunicação dos sistemas informáticos e clara/legível identificação e rotulagem de cada medicamento);
- Seleção, aquisição e armazenamento de medicamentos (reduzindo, ao mínimo possível, o número de apresentações e de dosagens, *stocks* disponíveis nos serviços, monitorização das condições de armazenamento e integridade dos medicamentos);
- Prescrição de medicamentos (eletrónica ou legível, minimizando as indicações e pedidos orais);
- Preparação, dispensa e administração de medicamentos onde é recomendada: a verificação antes da administração de qualquer medicamento, da identificação do utente, do nome do medicamento, da dose, da via, da frequência e da hora de administração; sempre que possível, recorrer à dupla verificação realizada por outro profissional; normalizar horários de administração dos medicamentos institucionais; dispensa pela farmácia

hospitalar dos medicamentos, de forma individualizada por doente; promover formação e treino para os profissionais de saúde;

- Ambiente socio-organizacional: assegurar que todas as etapas do processo de gestão da medicação sejam realizadas por profissionais de saúde qualificados; garantir a integração e formação específica; definir políticas de responsabilização individual dos profissionais com supervisão e avaliação de todas as atividades desenvolvidas; promover um ambiente de trabalho com iluminação, ruído, temperatura e *layout* adequados; estabelecer procedimentos que minimizem as interrupções/distrações; notificar incidentes relacionados com a medicação nas plataformas próprias; e promover a participação do utente no seu processo de cuidado, disponibilizando informação/formação adequada sobre a sua medicação.

As responsabilidades e intervenções dos enfermeiros no CF, no processo de gestão de medicamentos, são muito díspares entre países, no entanto, existem pontos comuns à prática, como os cuidados relacionados com o armazenamento, preparação e administração de medicamentos.

1.4 O ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

Nos processos de gestão da medicação, anteriormente mencionados, os enfermeiros assumem um papel ativo em todas as etapas.

Em múltiplos contextos da prática de enfermagem, Dilles et al. (2010) encontram intervenções como: fornecimento de informação sobre os medicamentos; monitorização da adesão terapêutica; vigilância de eventos adversos relacionados com os medicamentos; registo de efeitos da medicação; e intervenção aquando da existência de efeitos adversos relacionados com a farmacoterapia.

Na mesma lógica associada à gestão de medicamentos pelos farmacêuticos, os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem e o seu conhecimento científico sobre medicamentos para avaliar as características e necessidades do utente, com vista a otimizar a utilização dos medicamentos, ou seja, maximizando, assim, os efeitos terapêuticos e minimizando os efeitos adversos, através da educação do utente e família e da avaliação da eficácia da medicação (Aschenbrenner & Venable, 2012).

De acordo com Gielen et al. (2014), a prescrição de medicamentos por enfermeiros acresce às responsabilidades acima referidas, com maior ou menor dependência de outros profissionais. Os autores salientam ainda que a prescrição está legalmente enquadrada na prática de enfermagem em vários países.

Tradicionalmente, a prescrição de medicamentos esteve no domínio dos médicos, mas a tendência internacional de crescente procura por cuidados de saúde, com o aumento das restrições orçamentais destinada à prestação de cuidados de saúde e os esforços para estender o conteúdo funcional de enfermagem, têm contribuído para o estabelecimento crescente da prescrição de fármacos por enfermeiros. A prática foi introduzida pela primeira vez em Idaho, nos Estados Unidos da América, em 1969. Desde então, os enfermeiros conseguiram a possibilidade de prescrever fármacos em vários países, incluindo Austrália, Canadá, Irlanda, Israel, Irão, Nova Zelândia, Noruega, Espanha, Suécia, Holanda, África do Sul, Reino Unido, Estados Unidos da América e Polónia (Zimmermann et al., 2020).

De forma a sistematizar a intervenção dos enfermeiros no CF, podemos assumir que estes profissionais intervêm ao longo de todo o processo de cuidados com os medicamentos, desde a avaliação clínica do utente e das suas necessidades (recorrendo, por exemplo, à colheita de informação sobre fármacos prescritos, exame físico, anamnese), a um juízo clínico e diagnóstico, ao planeamento e prescrição da intervenção até à intervenção e avaliação dos resultados obtidos.

Todas as intervenções descritas têm em vista a garantia e prestação de cuidados efetivos e seguros aos utentes, emergindo o tema da segurança na medicação como uma prioridade na intervenção dos enfermeiros.

1.5 SEGURANÇA NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

A segurança do utente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde. Múltiplos estudos têm revelado que um número significativo de utentes sofre algum tipo de evento adverso nos cuidados de saúde, podendo estes resultar em lesões permanentes, um aumento do tempo de permanência em estabelecimentos de saúde, ou até mesmo a morte.

Garantir a segurança dos utentes deve ser um dos principais focos da atenção dos profissionais de saúde. A segurança dos cuidados de saúde afigura-se agora como uma grande preocupação global (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2017).

As organizações científicas e internacionais (por exemplo: a OMS, a União Europeia) recomendam aos estados-membros a avaliação e implementação de uma cultura de segurança, como condição essencial para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados aos doentes (DGS, 2015a).

A OMS estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de algum tipo de incidente, devido a práticas pouco seguras na utilização de medicamentos, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

“A abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas. De facto, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar.” (Diário da República, 2.^a série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015, p. 3882-(5)).

Para o profissional de enfermagem, a segurança do doente é entendida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, face ao conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto em que os cuidados são prestados. Sendo este um tema muito debatido nos últimos anos na comunidade científica ou mesmo na sociedade em geral.

Em diversos países foram definidas estratégias e implementadas medidas para melhorar os níveis de segurança dos utentes, à medida que os meios e equipamentos técnicos e farmacológicos disponíveis para o diagnóstico e tratamento das doenças se tornaram mais complexos, diferenciados e potencialmente perigosos. Em Portugal, a atenção pú-

blica acerca deste tema tem-se circunscrito, de acordo com Bruno (2010), quase exclusivamente ao erro e à negligência do profissional de saúde, porém a literatura científica tem referido que esta é uma visão muito limitativa. Tem vindo a salientar que as principais causas dos erros e incidentes que ocorrem nas instituições de saúde, prendem-se com fatores organizacionais, os quais, a serem detetados atempadamente, seriam prevenidos e evitados (Bruno, 2010).

Desde 2000, que o IOM reconhece a segurança do utente como uma das seis dimensões fundamentais da qualidade em saúde, a par com a efetividade dos cuidados, a centralidade do utente, a prestação de cuidados atempada, a eficiência e a equidade. É, pois, evidente que não pode existir qualidade nos serviços de saúde sem que exista segurança (Bruno, 2010). Acresce ainda que a prestação de cuidados de saúde na atualidade envolve cada vez mais riscos para os utentes, visto que nesta prestação estão envolvidos meios altamente complexos, pelo que a segurança se assume como um elemento fundamental a considerar.

Deste modo, pensar em segurança, conduz para a possibilidade da ocorrência de erro. Para Fragata (2011), errar acontece por falhas de atenção e de destreza enquanto se realizam atividades automáticas, sendo estes erros cometidos usualmente por profissionais experientes que realizam múltiplas tarefas em simultâneo ou simplesmente por desatenção e/ou cansaço. Estes são considerados lapsos ou falhas. Contudo, quando se efetuam escolhas erradas, como a aplicação incorreta de uma regra a um padrão reconhecido, está-se perante enganos, que são mais frequentes em profissionais menos experientes ou com menos conhecimentos. Os erros podem ser classificados como: erros de destreza (automáticos, de atenção, por gestos errados); erros de decisão (por má decisão, por desconhecimento, por inexperiência); e erros de perceção (má informação, má visibilidade, perturbações dos sentidos).

Estes erros ou falhas são potenciais geradores de eventos adversos (EA) que são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos utentes, e não resultantes da evolução natural da doença de base (Gallotti, 2004).

Existem diversos tipos de EA que ocorrem nos cuidados de saúde. Em 2016, a Joint Commission International definiu como essencial o foco na segurança do doente de modo a evitar EA relacionados com a medicação, a cirurgia, a infeção e (eventual) queda.

Os EA relacionados com a medicação, de acordo com de Vries (2008) citado por Paiva (2017), correspondem a cerca de 15% dos que ocorrem no hospital.

Os fatores que podem estar na origem desta ocorrência de EA prendem-se com: falhas do sistema (como por exemplo, fornecimento de equipamento, armazenamento dos fármacos); prescrição inadequada, influenciada por fatores como falta de conhecimento dos profissionais acerca do medicamento ou da história clínica do utente; falta de acompanhamento do utente; e erros na identificação dos utentes.

Os EA causados pela medicação são principalmente consequência de informação clínica insuficiente acerca dos utentes e a circunstância deste tipo de eventos pode ainda ser influenciada pela dificuldade de acesso a protocolos e normas de orientação clínica institucional ((Paiva, 2017) reportando-se a Keers et al. (2013) e Nichols et al. (2008)).

Na panóplia de erros diários que podem ocorrer, está iminente o problema do erro de medicação. Este ao ser uma das componentes essenciais do cuidar pelos enfermeiros, pelas consequências diretas no estado de saúde do utente, assim como, por serem causa de eventual prolongamento do tempo de internamento e por poderem conduzir a uma diminuição do grau de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados, implicam a utilização adicional de recursos. O sistema de medicação nos hospitais é complexo, envolvendo várias etapas e diversos profissionais, o que aumenta a probabilidade de falhas e, conseqüentemente, EA.

O sistema de medicação, anteriormente referido como processo de gestão da medicação, pode ser dividido em cinco etapas processuais, de acordo com Marini, Pinheiro e Rocha (2016): seleção e aquisição do medicamento, prescrição e/ ou transcrição, preparação e dispensa, administração do medicamento e monitorização do utente em relação aos efeitos do medicamento.

O erro pode ocorrer em qualquer fase do processo, embora muitas vezes o erro só seja detetado após a administração do medicamento, quando o utente apresenta alterações não esperadas para o seu quadro clínico. A administração dos medicamentos tem inerente a diluição, que deve seguir os princípios rigorosos, para a obtenção dos resultados terapêuticos esperados. No circuito do medicamento em meio hospitalar, estão envolvidos vários profissionais. O médico que faz a prescrição, o farmacêutico que cede os fármacos e o enfermeiro que os prepara, administra e monitoriza a reação do utente à terapêutica administrada. A administração de medicamentos é uma atividade de grande

responsabilidade na enfermagem e, para que a sua execução seja segura, é necessário a aplicação de vários princípios e normas que minimizem as oportunidades de erros (Abranches, 2013).

O enfermeiro tem assim, de conhecer os princípios inerentes à sua administração, a fim de prevenir o erro, conhecer igualmente o utente a quem vai administrar o fármaco, a sua patologia, manifestações clínicas e formas de as expressar, alergias medicamentosas e alimentares e o seu estado clínico e hemodinâmico atual. Deste modo, os enfermeiros desempenham um papel estruturante na segurança e eficiência do processo terapêutico do utente (Manias, Aitken & Dunning, 2004).

Os medicamentos são utilizados largamente em meio hospitalar para tratamento, prevenção de complicações e alívio de sintomas. Os enfermeiros como elemento fundamental na administração do medicamento devem ter em conta o risco de ocorrência de eventos adversos, uma vez que estes são as complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos utentes, não atribuídas à evolução natural da doença que motivou o internamento. Além disso, os erros, constituem uma realidade e comprometem a segurança do utente, podendo estar relacionados com a prescrição, a distribuição e a administração do medicamento (Gallotti, 2004).

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde foi publicada em Diário da República através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. O referido plano é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde, sendo considerado um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança, pelo que, cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos.

Este Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020, entre os nove objetivos estratégicos que define, dirige um a: “Aumentar a segurança na utilização da medicação” (Despacho n.º 1400-A/2015, p. 3882).

Com isto, pretendia alcançar duas metas fundamentais até ao fim do ano de 2020: garantir que “90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais” e “reduzir em 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medi-

cação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado” (Despacho n.º 1400-A/2015, p.3882-6).

Prevendo alcançar estes objetivos através da concretização de ações efetivas ao nível institucional, tais como:

- Publicar normas sobre práticas seguras da medicação;
- Desenvolver sistemas de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde;
- Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o *Notific@*;
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes;
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco;
- Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica;
- Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas;
- Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação (Despacho n.º 1400-A/2015).

Neste contexto, como parte integrante e ativa de todo o processo de gestão de medicamentos, cabe ao enfermeiro assegurar que todos os cuidados são prestados com rigor, zelo e segurança, garantindo um CF seguro e de confiança para todos os envolvidos.

1.6 O CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO INTERPROFISSIONAL: RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO

A quantidade crescente e a complexidade de informações na área da saúde exigem e torna imprescindível o delimitar de etapas metodológicas para se obterem informações concisas proporcionando aos profissionais uma melhor utilização das evidências relatadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a RIL emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados

de estudos significativos na prática (Ribeiro, 2005 citado por Souza, Dias e Carvalho, 2010).

A questão “Quais as responsabilidades do enfermeiro no CF, numa equipa interdisciplinar?” serviu de guia a uma pesquisa dirigida sobre o tema da investigação na literatura mais recente.

Para responder à questão de investigação, realizou-se um conjunto de pesquisas a quinze de janeiro de 2019, nas bases de dados (Pubmed; CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina), com as seguintes conjugações das palavras-chave: enfermeiro (*nurs**); cuidado farmacoterapêutico (*pharm* care*), gestão de medicamentos (*medic* management*), interdisciplinar (*interdisciplinary*) e responsabilidades (*skill* OR responsabil* OR activit**), nos campos título e resumo.

De forma a poder abranger a literatura anglo-saxónica que utiliza outro termo para designar o CF acrescentou-se o termo de pesquisa: gestão de medicamentos (*medic* management*).

Após análise dos títulos e resumos, foram considerados para a revisão integrativa cinco dos artigos, conforme consta na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Resultados da pesquisa de 15 de janeiro de 2019

Palavras-Chave (2009-2019)	Pubmed MEDLINE Complete CINAHL Complete Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Artigos Relevantes
<i>(nurs*)</i> <i>(pharm* care OR medic* management)</i> <i>(skill* OR responsabil* OR activit*)</i>	261	5

Nos artigos selecionados e analisados encontram-se referências, a várias intervenções de enfermagem relacionadas com o CF ou com a gestão de medicação. Estas intervenções são levadas a cabo quer em contexto domiciliário, quer em contexto institucional (instituições prestadoras de cuidados de saúde hospitalares, na comunidade ou a idosos).

Em todos os artigos surgem referências relativas à importância do papel do enfermeiro na segurança do doente, relacionada com os medicamentos. Sobressaindo no artigo de

Johansson-Pajala et al. (2016), a utilização da expressão de “vigilante intermediário” para descrever o profissional de enfermagem, como forma de referir aquele que se encontra envolvido em todo o processo e funciona como elo de ligação entre os participantes e tem uma função importante de monitorização do percurso. Garantindo, deste modo, um foco da sua atuação na vigilância da segurança em todo o cuidado relacionado com os medicamentos.

As experiências dos enfermeiros coincidem com a sua própria perceção de que estão numa posição privilegiada para garantir uma gestão segura da medicação. No entanto, consideram que a sua capacidade de desempenhar adequadamente esse papel depende do contexto em que trabalham e da posse de conhecimento suficiente para avaliar os riscos da administração de medicamentos, conforme referido por Smeulers et al. (2014).

Anoz-Jiménez et al. (2011) e Kollerup, Curtis e Laursen (2018), relevam a prática de enfermagem no CF aquando da alta hospitalar, referenciando experiências relacionadas com essa transição de cuidados, nomeadamente a criação de uma consulta de enfermagem própria ou uma equipa domiciliária para ajudar o utente a enquadrar-se neste novo contexto de saúde, garantindo transições de cuidados seguras e eficazes.

A educação do doente sobre o CF é uma atividade que cabe aos profissionais de enfermagem e claramente espelhada nos artigos analisados, particularmente enfatizada por Komatsu, Yagasaki e Yoshimura (2014), que referem que este se constitui como um foco importante da intervenção do enfermeiro e é reconhecido pelos restantes membros da equipa de saúde.

Smeulers et al. (2014) referem que os enfermeiros têm sentido crítico e conhecimentos abrangentes sobre o CF, porém nenhum artigo refere como responsabilidade no CF, por parte dos enfermeiros, a prescrição medicamentosa.

Tabela 2 – Quadro síntese das pesquisas selecionadas a 15 de janeiro de 2019

Citação	Tipo de Estudo	Amostra	Resultados
Anoz-Jiménez, L; Ferrer-Ferrer, C; Becerril-Moreno, F; Navarro-de-Lara, S., Estaún-Díaz-de-Villegas, E. (2011). Nursing interventions as part of an integral pharmaceutical care team. <i>Farmacia Hospitalaria (English Edition)</i> , 35(1), 1–7. https://doi.org/10.1016/S2173-5085(11)70001-6	Descritivo Observacional, Prospetivo. Observação	Intervenções em 1360 utentes	O enfermeiro realiza 5 intervenções: detetar alergias ou intolerâncias a drogas, Identificação de discrepâncias entre tratamento agudo e crónico; oportunidades para melhorar a farmacoterapia; educação do doente; distribuição de medicamentos com duração limitada
Johansson-Pajala, R. M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. <i>Scandinavian journal of primary health care</i> , 34(1), 37–45. https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891	Qualitativo Entrevistas em grupo	21 Enfermeiros	Enfermeiros desempenham um papel central, mas também complexo como "intermediários e vigilantes" na monitorização medicamentosa. Acção fundamental para evitar eventos adversos com medicamentos.
Smeulders, M., Onderwater, A. T., van Zwieten, M. C. B., Vermeulen, H. (2014). Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. <i>Journal of Nursing Management</i> , 22(3), 276–285. doi:10.1111/jonm.12225	Qualitativo Entrevistas	20 Enfermeiros	Três temas emergiram deste estudo: (1) papel e responsabilidade na segurança da medicação: preparação segura e administração, o raciocínio clínico dos enfermeiros é essencial; (2) a capacidade do enfermeiro para trabalhar com segurança: (3) aceitação das práticas seguras por parte dos enfermeiros
Komatsu, H., Yagasaki, K., & Yoshimura, K. (2014). Current nursing practice for patients on oral chemotherapy: a multicenter survey in Japan, 1–8.	Qualitativo Questionários Transversais	Enfermeiros e Doentes de 309 Hospitais Oncológicos e 141 Hospitais Gerais Japoneses	Os enfermeiros devem desempenhar um papel significativa na educação dos doentes e na monitorização da quimioterapia.
Kollerup, M. G., Curtis, T., Laursen, B. S. (2018). Improving posthospital medication management in a Danish municipality: A process evaluation, (May), 3603–3612. https://doi.org/10.1111/jocn.14516	Qualitativo Análise de Relatórios e Entrevistas em grupo	14 Enfermeiros da Equipa de Domicílios	Intervenções de enfermagem no domicílio: Avaliação de enfermagem ao doente; Reconciliação de medicamentos, e contato com hospital/médico; Requisição e entrega de medicamentos. Dispensa de medicamentos e reavaliação de Enfermagem.

Reconhecendo que a bibliografia sobre as responsabilidades do enfermeiro no CF em equipa interdisciplinar, existente à data, é diminuta, especificamente as publicações resultantes de investigação e que não se focaliza de forma explícita e cabal nas responsabilidades e funções do enfermeiro no CF. Há, ainda, a convicção que a investigação que agora se fundamenta irá contribuir para o fortalecimento do corpo de conhecimentos sobre o tema e sirva de catalisador de discussão e produção científica.

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa científica e os procedimentos adjacentes exigem do investigador a capacidade de saber justificar o plano que esteve na base das opções metodológicas utilizadas, bem como, dos processos e técnicas de investigação aplicados.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Pretendendo-se uma pesquisa descritiva e exploratória de um fenómeno ou conjunto de fenómenos complexos da prática profissional de enfermagem, como o CF por enfermeiros numa equipa interdisciplinar, optou-se por um desenho de investigação qualitativa.

A escolha por uma investigação de cariz qualitativo deveu-se: à relevância da possibilidade de múltiplas abordagens e pontos de vista em relação ao tema; uma procura pela valorização da subjetividade; a descoberta, descrição e compreensão dos fenómenos; e, a importância do contexto e do investigador como parte do processo (Streubert & Carpenter, 2013).

O investigador numa investigação qualitativa não começa com uma teoria para validar, mas observa padrões e tendências de casos particulares. É orientado por dados, e as teorias desenvolvem-se durante a análise dos dados colhidos, e sendo aplicável pode ser usada para orientar o desenvolvimento de conhecimento (Polit & Hungler, 1999).

Nos estudos qualitativos importam os pensamentos e sentimentos dos participantes na pesquisa, o que pode permitir o desenvolvimento de uma compreensão do significado que os participantes atribuem às suas experiências. Assim, a investigação qualitativa requer reflexão por parte do investigador, de forma a proporcionar contexto e compreensão aos leitores, na divulgação dos seus resultados. Ao serem reflexivos, os investigadores não podem tentar simplesmente ignorar ou evitar seus próprios preconceitos (esta provavelmente seria uma tarefa impossível); em vez disso, a reflexividade exige que os investigadores reflitam e articulem claramente as suas posições e subjetividades, para que os leitores possam entender melhor os “óculos” que os investigadores colocaram

para fazer as perguntas, para colher e analisar os dados e, por fim, apresentar os resultados.

Nesta perspetiva e de acordo com Sutton e Austin (2015), preconceito e subjetividade não são inerentemente negativos. Contudo, são inevitáveis em investigação qualitativa e devem ser explicitadas. Os investigadores nos estudos qualitativos estão interessados em ter acesso a experiências, interações e documentos no seu contexto natural, dando espaço para as particularidades e materiais estudados (Flick, 2009).

Alinhado com Bogdan e Biklen (2013) e de forma a analisar a experiência e visão de um grupo de indivíduos (neste caso uma classe profissional - médicos), sobre a função de outros (enfermeiros), para garantir profundidade de respostas e aproveitar a potencialidade de conhecimento dos informantes sobre o CF, a opção recaiu sobre um estudo qualitativo descritivo exploratório.

As pesquisas descritivas exploratórias têm sido, segundo Poupart et al. (2012), inúmeras vezes utilizadas para determinadas questões que o investigador que recorre a métodos quantitativos dificilmente consegue abordar. Uma pesquisa qualitativa e de natureza exploratória possibilita uma maior proximidade com os participantes e as suas preocupações. Muitas vezes pelo seu carácter fugaz e exemplar, vários fenómenos resistem à mensuração (quantitativa).

2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo teve como objetivo geral conhecer a visão dos médicos portugueses sobre as responsabilidades dos enfermeiros no CF interprofissional. E, como objetivos específicos: conhecer a visão do médico sobre as responsabilidades, intervenções e os requisitos para a intervenção ativa do enfermeiro no CF; e, analisar a perceção do médico sobre os constrangimentos e potencialidades da intervenção dos enfermeiros no CF no presente e no futuro.

Procurando ser uma investigação descritiva, o investigador deve registar e descrever os factos observados mantendo afastamento, isto é, sem interferir ou manipular o fenómeno em estudo. Assentou na descrição das características de determinado fenómeno, neste caso o enfermeiro no CF interprofissional e no estabelecimento de relações entre termos

ou conceitos. Neste, observa, regista, analisa e ordena dados, sem haver qualquer forma de manipulação por parte do investigador procurando descobrir a frequência com que um facto ocorre, a sua natureza, as suas características, causas e relações com outros factos.

Assim, para a colheita de dados, entre as técnicas mais frequentes para este procedimento - a entrevista, o formulário, o questionário e a observação - centrou-se numa técnica específica, a entrevista (Prodanov & Freitas, 2013).

O ponto de partida para a pesquisa consistiu na formulação de uma questão de investigação, pois dela depende a construção sobre a natureza do objeto da investigação (o quê), a relação investigador-objeto ou processo do conhecimento científico (o como), e a finalidade da atividade científica (o porquê) (Flick, 2005).

2.3 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

“Qual a visão do médico sobre a responsabilidade do enfermeiro no CF numa equipa interdisciplinar?”

Ao questionar a perceção dos médicos sobre as responsabilidades dos enfermeiros pretendeu-se saber não só a visão e experiência destes sobre as responsabilidades que habitualmente identificam, mas também as intervenções que consideram ser atribuídas aos enfermeiros, bem como, a visão sobre as interações dos enfermeiros com os médicos e farmacêuticos no CF e uma análise sobre forças, fraquezas, ameaças e oportunidades futuras para os enfermeiros no CF.

De forma a operacionalizar a investigação e a fluidez da mesma, procedeu-se à divisão da questão de investigação em três sub-questões:

- Quais as responsabilidades e intervenções dos enfermeiros no CF interprofissional?
- Quais os requisitos para uma intervenção ativa do enfermeiro no CF interprofissional?
- Quais as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças sobre a função que o enfermeiro assume ou pode assumir no CF interdisciplinar?

2.4 PARTICIPANTES

O contexto escolhido para a investigação foram os cuidados de saúde em Portugal integrando profissionais que trabalham em cuidados de saúde primários, em cuidados de saúde na comunidade, em cuidados domiciliários e em contexto hospitalar. Esta escolha contextual visou, por um lado, responder a uma orientação do projeto europeu e, por outro, reunir os contextos mais relevantes e representativos de cuidados de saúde em Portugal. Salienta-se que esta escolha teve por base o protocolo de investigação - DeMoPhaC, que referia neste sentido:

“Em cada país, entrevistas em profundidade serão conduzidas em diferentes contextos onde existe conhecimento e experiência clínica de cuidados farmacêuticos por enfermeiros. Os cenários possíveis serão: hospitais, organizações de assistência à comunidade, organizações de assistência domiciliar, organizações de assistência à saúde mental, associações profissionais de enfermeiras, associações profissionais de médicos e organismos profissionais de farmacêuticos. (...) duas entrevistas por ambiente (4 ambientes), por grupo profissional (3 grupos), por país (14 países).” (DeMoPhaC, Research Protocol for Qualitative Research: Content and Project Management, 2018, p. 4).

A população em estudo foi constituída por médicos portugueses ativos profissionalmente, no período de colheita de dados, isto é, no ano de 2019.

Foram intencionalmente selecionados médicos, que em simultâneo satisfaziam os seguintes requisitos adaptados ao contexto português do protocolo de investigação supra-citado:

- Profissionais em exercício da atividade profissional e/ou com experiência de prática clínica, de investigação, de educação e estruturas regulatórias ou políticas – com relevância no CF;
- Profissionais em exercício da atividade profissional em contextos de trabalho díspares
- cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados, cuidados domiciliários e instituições de assistência a idosos.

A seleção de participantes no estudo foi realizada de forma intencional ou proposital, que segundo Polit, Beck e Hungler (2004), baseia-se no pressuposto que o conhecimento do investigador pode ser usado para selecionar os casos a serem incluídos na amostra.

A opção pode recair, propositadamente, em obter a maior variedade possível de participantes ou selecionar participantes particularmente conhecedores do assunto em estudo. Neste estudo em específico procurou-se médicos peritos em farmacoterapia, com vasta experiência neste campo.

A lógica e o poder da amostragem intencional procurado foi descrito por Patton (2015) como a seleção de casos ricos (*critical cases/key informants*) em informação para a partir daí se poder realizar um estudo aprofundado. Os casos ricos em informação são aqueles dos quais se pode aprofundar sobre as questões de importância para a finalidade da investigação, permitindo compreender e obter percepções intrínsecas e alargadas sobre o tema em investigação.

Durante o desenvolvimento da investigação, de acordo com Flick (2009), o investigador deve procurar mais conhecimento sobre o tema e os participantes na investigação. Assim, o processo de amostragem (seleção de participantes) pode sofrer mutações durante a investigação, atendendo ao tipo, quantidade e relevância de informação recolhida, e da existência e encontro de casos com maior conhecimento e/ou um ponto de vista diferente sobre o tema.

Os participantes desta investigação foram selecionados, num primeiro momento, a partir de contactos do contexto de trabalho do investigador e, num segundo, da informação disponibilizada pelos primeiros entrevistados. Esta forma de seleção permitiu reunir os casos ricos em informação com longa experiência na prática clínica e/ou académica, política e, em simultâneo, com atividade relevante no CF, de forma a fornecer a maior quantidade e qualidade de dados sobre o papel do enfermeiro no CF.

Assim, para a investigação foram selecionados de forma intencional, oito participantes (**Tabela 3**), que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- Número mínimo de dois profissionais por contexto de trabalho (hospitalar, cuidados de saúde primários, cuidados domiciliários e instituições de apoio a idosos);
- Experiência relevante de CF em equipas interprofissionais;
- Experiência superior a cinco anos no atual contexto de prática clínica.

A amostra resultou em cinco elementos do género masculino e três do género feminino, com uma média de idade de 49,8 anos e tempo de experiência profissional médio de 23,4 anos. O tempo de prática destes profissionais relacionado com o CF foi em média

de 37,3 horas/semana nos múltiplos contextos de prática clínica (pré e intra-hospitalar, cuidados de saúde primários, cuidados domiciliários e estruturas residenciais para idosos) e campos de trabalho (prática clínica, educação e órgãos reguladores).

Tabela 3 – Caracterização sumária dos participantes no estudo

Código	Contexto de Prática Clínica	Género	Idade	Campo de Trabalho	Anos Experiência Profissional	Horas de CF /Semana
#PTD01	Hospitalar	M	47	Prática Clínica/ Órgão Regulador	22	50
#PTD02	Hospitalar/ Cuid. A Idosos	M	62	Prática Clínica	36	50
#PTD03	Cuid. Saúde Primários	M	62	Prática Clínica / Educação	36	14
#PTD04	Cuid. Saúde Primários	F	51	Prática Clínica	22	42
#PTD05	Cuid. Saúde Primários / Cuid a Idosos	M	64	Prática Clínica	36	35
#PTD06	Cuid. Saúde Primários	M	35	Prática Clínica	7	40
#PTD07	Cuid. Domiciliários / Cuid. Saúde Primários	F	37	Prática Clínica / Educação	13	25
#PTD08	Cuid. Domiciliários/Cuid. Saúde Primários	F	40	Prática Clínica	15	42

A dimensão da amostra selecionada correspondeu à dimensão e características da amostra definida em reunião de investigadores internacionais DeMoPhaC, em Antuérpia (em novembro de 2018).

No que respeita ao tempo para a colheita de dados, o planeamento foi realizado para que a colheita de dados acontecesse num espaço único no tempo pois não se procurou especificamente em estabelecer relações de causa e efeito. Assim, este estudo caracteriza-se por ser um estudo transversal (Bastos & Duquia, 2007).

No que respeita ao perfil epidemiológico da investigação, pretendeu-se que este fosse um estudo transversal e a colheita de dados para a caracterização do fenómeno em estudo ocorreu no ano de 2019, entre os meses de fevereiro a junho.

A pesquisa qualitativa procura a diversidade e não a homogeneidade, sendo fundamental garantir, segundo Guerra (2014), que a investigação aborde a realidade considerando as variações necessárias.

No que respeita ao processo de amostragem dos participantes, pretendeu-se garantir uma grande diversificação interna, uma vez que o foco da atenção seria a visão do médico sobre o CF dos enfermeiros. Entendeu-se como fundamental garantir uma representatividade variada dos participantes através da escolha de profissionais de múltiplos contextos laborais, alguns dos quais compilavam esses mesmos contextos (por exemplo: com prática clínica hospitalar e em instituições de assistência a idosos simultânea; ou com prática clínica e educativa simultânea), profissionais de ambos os géneros e com espectros de idades e experiência profissional amplos.

Esta procura pela diversificação interna, considerada por Poupart et al. (2012) particularmente importante nas investigações com recurso a entrevistas, visa a “saturação do conhecimento” que, segundo Poupart et al. (2012) referindo-se a Bertaux (1981), se aplica mais aos dados colhidos e é atingida quando o investigador percebe o fenómeno que os últimos documentos, entrevistas ou observações já não fornecem mais informações suficientemente novas ou diferentes para justificar a ampliação da colheita de dados.

2.5 INSTRUMENTO PARA COLHEITA DE DADOS

Neste estudo qualitativo pretendeu-se conhecer a visão, opinião e perceção, ou seja, foram solicitadas informações ou dados que não seriam possíveis recolher apenas através da observação e/ou da análise documental. Pretendeu-se ir mais além e em linha com este objetivo, o grupo de investigadores do projeto DeMoPhaC optou pela construção de um guião de entrevista próprio e realização de entrevistas semiestruturadas.

Ribeiro (2008 p.141) citado por Júnior e Júnior (2011) descreve a entrevista como:

“A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistados.”

Através da entrevista, o investigador pode obter informações, assim como, colher dados objetivos e subjetivos. Salienta-se que estes últimos só podem ser obtidos através da

entrevista, uma vez que os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos só podem ser manifestadas pelo recurso a esta estratégia de colheita de dados (Lakatos e Marconi, 1996 citados por Miranda, 2009).

A entrevista semiestruturada, como colheita de dados sobre um determinado tema científico, é uma técnica que se tem revestido de especial interesse por revelar mais facilmente pontos de vista não atingíveis num questionário ou numa entrevista estruturada ou rígida. Neste tipo de entrevistas, Flick (2005) refere a necessidade de existir por parte do participante uma “teoria implícita” ou um conjunto de conhecimentos prévio sobre o tema a estudar. Além da consideração de estarem incluídos apenas peritos na área, foi facultada, a todos os participantes na investigação, informação prévia à sua participação.

A opção por esta técnica de entrevista, semiestruturada, em detrimento de outros métodos potencialmente relevantes prendeu-se por ser um índice de resposta maior à ausência da barreira da resposta escrita, permitindo um maior aprofundamento sobre determinados assuntos e favorecer as respostas espontâneas e a interação entre o entrevistador e o entrevistado.

As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes possuem durante a entrevista fizeram surgir questões inesperadas ao entrevistador que se evidenciaram de grande utilidade na sua pesquisa, sobretudo na fase de análise dos dados pela criação dos códigos, categorias e subcategorias.

Foi prestada informação prévia à entrevista com o envio eletrónico do documento informativo do estudo, constante no **Anexo V**, bem como o esclarecimento do objetivo e contexto da investigação via telefónica.

As entrevistas realizadas no âmbito deste estudo foram individuais e gravadas em áudio após consentimento informado e esclarecido por parte de cada entrevistado.

Foram orientadas por um guião padrão construído, previamente, em atividade conjunta com os restantes colaboradores do projeto numa reunião de preparação da colheita de dados, tendo sido adaptado ao contexto social, cultural e dos cuidados de saúde em Portugal. O guião padrão orientador da entrevista foi construído e aprovado na reunião internacional de investigadores, realizada em novembro de 2018 na Antuérpia conforme se apresenta no **Anexo I**.

O documento orientador da entrevista foi estruturado em dois blocos, um de introdução e outro de questões da entrevista:

- Na introdução, é apresentada e enquadrada a investigação à luz do estudo que lhe foi precursor – EUPRON. Esta foi a estratégia considerada mais adequada para, previamente, esclarecer o participante sobre o contexto e os conceitos-chave que se pretendem trabalhar no estudo.

- A entrevista, foi organizada em quatro blocos de questões relativas à perceção do entrevistado, neste caso os médicos sobre os enfermeiros, no que se prende com: as responsabilidades dentro da equipa interdisciplinar, no CF; as intervenções no CF em equipa interdisciplinar; as interações com os restantes elementos da equipa interdisciplinar; as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças à intervenção no CF, atual e no futuro, em Portugal.

Foram simultaneamente recolhidos dados para a caracterização dos participantes, através de um questionário que lhes foi entregue no início da entrevista – conforme se apresenta no **Anexo II**.

Sempre com o foco no rigor metodológico e dos dados recolhidos/analísados, por outras palavras, na credibilidade do estudo, foram tidos em conta dois processos referidos por Coutinho (2008) - o *peer debriefing* (revisão por pares, por parte de orientadores e investigadores DeMoPhaC no processo de pesquisa, processo de recolha e análise dos dados) e *member check* (revisão por participante, no qual se devolveu aos participantes do estudo os resultados da análise feita às informações fornecidas na entrevista, de modo a que houvesse uma confirmação da correspondência com as experiências/ideias/sentimentos).

2.6 TRATAMENTO DOS DADOS

A finalidade da análise dos dados é organizar, fornecer estrutura e recolher significados dos dados da pesquisa. A análise dos dados qualitativos, segundo Polit, Beck e Hungler (2004) é uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceptual e trabalho árduo.

A análise do conteúdo dos dados segue-se geralmente à colheita dos mesmos, porém é uma etapa, nem sempre linear pois em investigações qualitativas é imperativo que o investigador utilize processos mentais que resultem em conclusões ou padrões (Streubert & Carpenter, 2013).

No processo de análise de dados qualitativos, evoluiu-se progressivamente no sentido da categorização dos resultados e da descoberta de padrões a partir dos conteúdos transmitidos pelos entrevistados. Estes padrões dão origem a um código e, consequentemente, a um livro de códigos (*code book*).

Segundo Dequir-gunby, Marshall e McCulloch (2011), os códigos são rótulos construídos para atribuir significado a informações descritivas ou inferenciais compiladas durante um estudo. O seu desenvolvimento é o passo inicial na análise de dados da entrevista

Fazendo o paralelismo para este estudo - após a colheita de dados, iniciou-se a análise de conteúdo de todas as entrevistas do estudo de acordo com o princípio da codificação teórica, conforme enunciado por Flick (2005).

Neste processo, após a leitura e a releitura das transcrições das entrevistas, os excertos relevantes das entrevistas foram alvo de uma codificação (inicial) aberta realizada por dois investigadores em simultâneo e de forma independente. Após a compilação das duas análises, deu origem a um quadro de codificação própria/livro de códigos (com múltiplos códigos, subcódigos e respetivas unidades de registo).

Desta codificação aberta resultou a atribuição de onze códigos e cinquenta e dois subcódigos. Como exemplo desta codificação, ao excerto de entrevista: “Ver se o doente efetivamente toma a medicação, que é um dos problemas que frequentemente nos preocupa...por parte do doente, que é a sua compliance...a sua responsabilidade na toma dos medicamentos.” #PTD02 – foram atribuídos o código “Monitorização” e o sub-código “Adesão Terapêutica”.

Após esta codificação aberta dos excertos relevantes das entrevistas, passou-se à segunda fase da codificação teórica, à codificação axial. Procurou-se então apurar e diferenciar as categorias e subcategorias resultantes da codificação aberta.

Estas categorias e subcategorias foram então sendo enriquecidas e fundamentadas com os excertos codificados inicialmente, havendo lugar a cisões e fusões entre estas quando

assim se julgou essencial. Segundo Strauss e Corbin (1990) citados por Flick (2005), nestas categorias e subcategorias estabelecem-se sempre relações. Estas subcategorias podem surgir de múltiplas formas e até estarem repetidas, podendo existir relações diferentes entre categorias (representando fenómenos, contextos, condições ou consequências da categoria associada, entre outros).

Nesta codificação foram criadas nove categorias: Preparação e Administração; Monitorização; Prescrição; Educação do Utente e/ou Cuidador; Requisitos ou Condições para um papel ativo do enfermeiro no CF; Pontos Fortes; Pontos Fracos; Oportunidades e Ameaças. Em simultâneo e dentro destas categorias surgiram trinta e seis subcategorias.

No terceiro e último passo de codificação deu-se continuidade com um nível de abstração mais elevado, criando categorias nucleares integrativas. Resultou deste processo a consolidação de três temas nucleares: “Conteúdo funcional do enfermeiro no CF”, “Requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF” e “Revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF”.

Não sendo possível encontrar consistência na investigação qualitativa, a capacidade de replicar o estudo com os mesmos resultados em virtude da flexibilidade do desenho, da interação entre investigador e participantes que levaram a que os resultados fossem “ir-repetíveis”, procurou-se garantir a confirmabilidade, isto é, verificar se o investigador estuda objetivamente os conteúdos subjetivos dos sujeitos e se envolve na investigação como um “*insider*”, sendo capaz de refletir sobre ela como um “*outsider*”, averiguando até que ponto o investigador se empenha por ver a realidade percecionada e transmitida pelos entrevistados (Coutinho, 2008).

2.7 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A preocupação ética foi sempre uma prioridade neste estudo uma vez que, de acordo com Flick (2009), os princípios éticos devem nortear todo a investigação, desde planeamento do estudo, até à apresentação pública dos resultados. De forma a garantir uma validação dos requisitos e princípios formais por parte do estudo e dos investigadores, foi solicitado parecer ético à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), tendo sido o mesmo deferido em fevereiro de 2019, com parecer favorável para a realização do estudo conforme consta do **Anexo III**.

Streubert e Carpenter (2013), referem que obrigatoriamente todos os estudos de investigação devem respeitar todos os princípios éticos, nomeadamente nos princípios de beneficência, não maleficência e justiça. Os aspetos e padrões éticos de beneficência, não maleficência e justiça devem ser criticamente analisados e tidos em conta em qualquer tipo de investigação (Streubert e Carpenter, 2013). Numa investigação qualitativa, como esta em que são transmitidas opiniões e posições pessoais (e não institucionais) sobre o tema em estudo, as mesmas não podem ser passíveis de ser vinculadas, ao seu autor, por terceiros.

Nunes (2013), salienta a necessidade das considerações éticas, em investigações de enfermagem, no que respeita ao consentimento informado ou conhecimento pleno dos entrevistados, à intimidade ou ao poder de se recusar a responder ou continuar a participação no estudo, à confidencialidade e ao anonimato relativos à participação e dados transmitidos, à autodeterminação e à acessibilidade aos dados.

Toda a investigação cumpriu com os requisitos anunciados acima, informando antecipadamente todos os participantes do conteúdo, objetivos e contexto da investigação, garantindo o consentimento informado, com o fornecimento do documento de informação sobre a investigação, e preenchimento dos respetivos formulários de prova, constantes nos **anexos IV e IV**, respetivamente.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Do processo de análise descrito no capítulo anterior, após a leitura aprofundada do conteúdo das entrevistas e classificação/codificação das unidades de registo (excertos textuais) relevantes, emergiram um conjunto de conceitos. Com estes conceitos, alguns convergentes com os encontrados no estudo prévio EUPRON e outros novos, emergiu uma estratificação que deu origem ao aparecimento de categorias e subcategorias.

Resultante de uma análise global e abstração necessária das categorias, identificou-se que estas se organizavam em três temas gerais que consubstanciam, dão corpo e maior coerência aos dados encontrados nas entrevistas. Os três temas – conteúdo funcional, revisão do conteúdo funcional e requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF – que englobam as categorias encontradas previamente são apresentados de forma sumária na imagem infra (**Figura 2**).

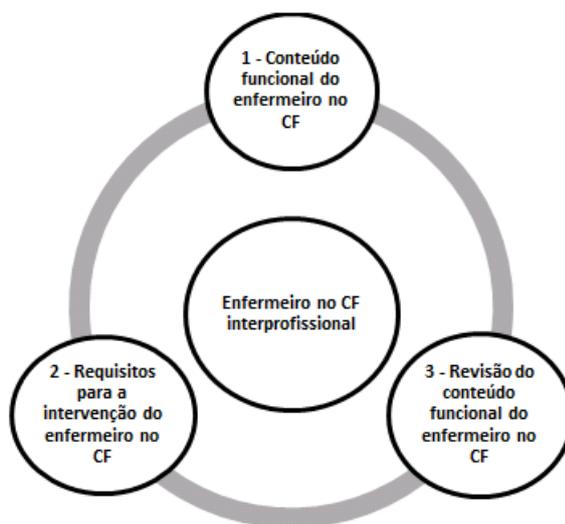


Figura 2 – Temas centrais resultantes da análise dos dados

3.1 CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

O primeiro tema – conteúdo funcional do enfermeiro no CF – engloba um leque de intervenções e responsabilidades que os participantes consideram que os enfermeiros assumem atualmente no CF. É facto assumido, por todos os entrevistados, o papel relevante dos enfermeiros nos cuidados de saúde, tendo em conta a realidade atual destes cuidados em Portugal. É também referida a relevância da atuação dos enfermeiros em todo o processo que envolve o CF.

Este tema engloba quatro categorias: preparação e administração; monitorização; prescrição; e educação do utente e/ou cuidador, todos relativos aos fármacos (**Figura 3**).

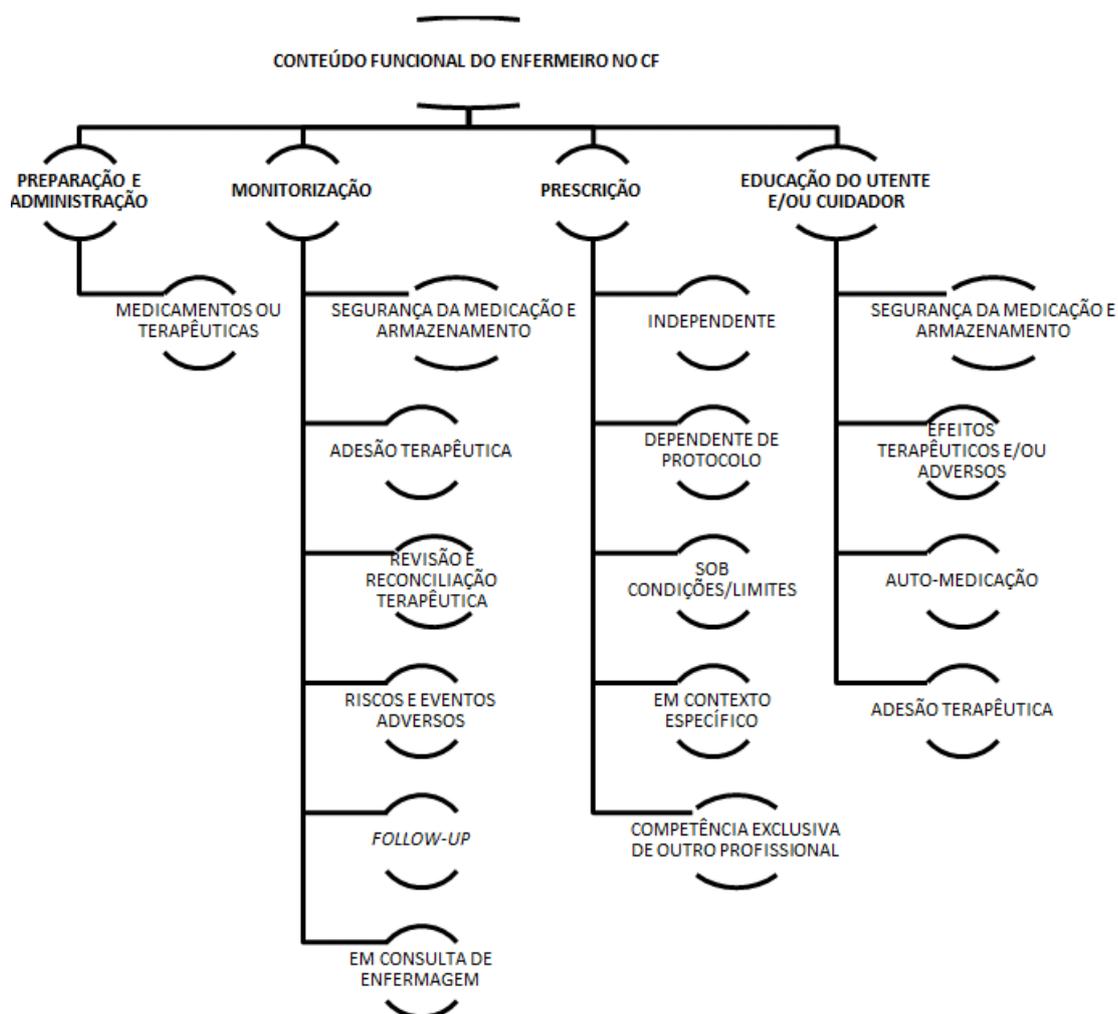


Figura 3 - Categorias e subcategorias associadas ao tema – Conteúdo funcional do Enfermeiro no CF

Todas as entrevistas revelaram a preparação e administração de fármacos como uma responsabilidade atribuída quase em absoluto aos enfermeiros, uma vez que, segundo um dos participantes “faz sentido que assim seja”, dado que estes profissionais demonstram uma “qualidade na prática inquestionável”.

De forma unânime, os participantes consideram esta uma responsabilidade basilar da prática de enfermagem e que é tácito que assim seja considerada em qualquer dos contextos de prestação de cuidados de saúde, em Portugal. Tal como um dos entrevistados refere, os enfermeiros devem garantir quer a preparação quer a administração de medicamentos e terapêuticas com qualidade e em segurança.

“Eu nem sequer questiono a qualidade da prática, (...) a qualidade da administração do fármaco, isso é pacífico. Parte-se do princípio de que perante a qualidade da formação que há, não ocorram erros técnicos” (#PTD04).

A monitorização, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015, p. 118), é entendida como a determinação ou escrutinação em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa. Foi outra das categorias que emergiu e que se apresentou amplamente consensual nas entrevistas realizadas. A monitorização por enfermeiros em contexto de CF foi amplamente abordada integrando subcategorias que se prendem por um lado com a tipologia de monitorização: segurança da medicação e armazenamento, adesão terapêutica, revisão e reconciliação terapêutica, riscos e eventos adversos. Por outro, a temporalidade em que o enfermeiro procede a essa monitorização emerge em *follow-up* e em consulta de enfermagem.

A segurança da medicação e o seu armazenamento foi descrita como uma importante atividade dos enfermeiros nas instituições de prestação de cuidados de saúde, mas também no domicílio dos utentes.

“Monitorizar (...) a forma como são armazenados, não só em casa das pessoas, mas também na unidade” (#PTD07).

“Monitorização e verificação (...) do estado dos medicamentos, cápsulas em mau estado, comprimidos em mau estado, ampolas turvas...” (#PTD03).

Em suma, vários participantes afirmam que esta monitorização da segurança dos medicamentos e do seu armazenamento deve ser uma responsabilidade do enfermeiro, independentemente do contexto em que atua. No que se prende com a segurança, enfatiza-se

a especial atenção que os enfermeiros assumem que a segurança dos medicamentos está relacionada com os prazos de validade, condições adequadas de armazenamento, estado das formulações, entre outros aspetos.

Todos os entrevistados reconheceram a monitorização da adesão terapêutica como sendo uma função desempenhada pelos enfermeiros. Assim, entendem que a partir do conhecimento da pessoa, da aproximação e da confiança assumem uma monitorização da *compliance*, da eficácia, das vias de administração e dos efeitos secundários.

As palavras de um dos participantes (#PTD07) explicitam-no bem: “pela sua proximidade” criada entre profissional e utente pode gerar ganhos importantes no campo da adesão à terapêutica prescrita, acrescentando ainda que a “empatia” e “proximidade” podem aumentar os níveis de compreensão sobre o tratamento por parte dos utentes.

A “revisão e reconciliação terapêutica” foi agrupada numa subcategoria inserida na monitorização em CF realizada por enfermeiros. Esta subcategoria não foi uma responsabilidade percebida da mesma forma por todos os participantes, pois alguns participantes consideram que a intervenção dos enfermeiros neste âmbito deve ser apenas a de alertar para a necessidade de revisão ou reconciliação da terapêutica, enquanto outros pensam que estas podem ser feitas em parceria médico-enfermeiro, isto é, um “(...) alerta e depois fazem decisões em conjunto (...) na reconciliação terapêutica” (#PTD07), podendo existir um papel relevante neste âmbito não só na verificação e correção de terapêutica em duplicado, bem como possíveis ajustes na via e hora da administração da terapêutica.

Nas entrevistas realizadas, a totalidade dos participantes considerou também a monitorização de “riscos e efeitos adversos” como uma responsabilidade dos enfermeiros no CF. A maioria considera que o enfermeiro é o elemento da equipa que está “mais próximo do utente” e durante um período de tempo mais alargado, sendo por isso importante que esteja atento a possíveis riscos ou efeitos adversos decorrentes da medicação. No seguimento deste facto, um dos participantes refere que, “(...) dada a proximidade do enfermeiro com o doente, este deve tentar perceber se porventura houve algum impacto negativo da administração dos medicamentos... algum efeito secundário... estar atento para, depois, poder transmiti-lo e ser discutido nomeadamente com o médico e, eventualmente, com o farmacêutico *a posteriori*. Se de facto existe alguma conexão entre o efeito secundário observado e a toma do medicamento” (#PTD02).

Outra subcategoria que emergiu prende-se com a monitorização de “follow-up” do utente. Este é um anglicismo utilizado frequentemente na prática clínica, para descrever o seguimento/acompanhamento clínico do utente. A monitorização de follow-up realizada por enfermeiros centra-se na “detecção de alterações no estado de saúde e avaliação das necessidades do utente”, “(...) pela avaliação pós terapêutica, o efeito benéfico ou não da medicação e eventuais efeitos secundários que possam surgir” (#PTD05).

A monitorização de “follow-up” evidencia-se como um trabalho em que há um bom entendimento interdisciplinar como se exemplifica: “Efeitos terapêuticos! Se formos ver, por exemplo de um anti hipertensor, já fazemos isso. Eu marco a consulta de reavaliação para a enfermeira, não marco para mim!” (#PTD04).

Ainda na monitorização associada ao CF, emergiu da análise do conteúdo das entrevistas um momento na qual esta é concretizada por enfermeiros em contexto temporal e espacial próprio – “Em consulta de enfermagem”.

Os entrevistados consideram que os enfermeiros, sobretudo em contexto de cuidados de saúde primários, têm momentos de consulta independente com os utentes e que esta pode ser realizada tanto na instituição como no domicílio do utente. É nesta consulta que os enfermeiros fazem o controlo de doentes com patologia crónica, ensinam para a toma da medicação e motivação para a adesão terapêutica. Como um dos participantes explicita, esta consulta de enfermagem pode constituir-se como “(...) uma avaliação prévia (do utente)” e que pode ser relevante para “(...) determinar eventuais diagnósticos e orientações terapêuticas” (#PTD05).

A prescrição entendida como “(...) indicar a utilização de medicamento ou regime” ou “orientar para a administração de um medicamento ou tratamento” CIPE (2015, p. 119) emergiu como uma categoria – prescrição – no conteúdo funcional do enfermeiro no CF.

Esta revelou-se uma categoria geradora de discussão e de menos consenso entre os entrevistados. Os participantes demonstraram visões variadas considerando que esta era uma função “independente”, outros que era “dependente de protocolo” e outros ainda que poderia acontecer “sob condições/limites”. Alguns participantes também explicitaram que poderia ser uma função do enfermeiro “em contexto específico” enquanto outros consideraram que a prescrição é “competência exclusiva de outro profissional”.

Na subcategoria da prescrição, “independente”, foram englobadas unidades de registo nas quais os entrevistados consideram que a prescrição por enfermeiros de forma independente pode ser vista como um caminho a seguir:

“No papel da prescrição ativa...acho que sim...há um papel para isso...deve haver. E é o caminho” (#PTD06).

Contudo, esta referência enquadrou a prescrição numa necessidade obrigatória de “formação adequada do profissional” (#PTD06) e “desde que sejam percebidos os contextos necessários de contraindicação (...) com colheita de dados prévia” (#PTD03).

Para outros participantes a prescrição por enfermeiros deve ser uma realidade se estiver “dependente de protocolo”, em que este é elaborado por um médico ou sob a sua supervisão ou colaboração. Consideram que esta é uma realidade bastante representativa da realidade hospitalar portuguesa, na qual a prescrição é feita e são definidos, valores-alvo para os sinais vitais e as doses ou fármacos são selecionados pelos enfermeiros mediante a sua avaliação ao longo do tempo. Um dos entrevistados refere que esta é uma forma de “autonomia parcial” no campo do CF, considerando que por motivos muito diversos será inevitável que os enfermeiros trabalhem sob protocolos alguns anos, independentemente da evolução que vier a ocorrer ao longo dos anos, com a profissão, em termos de autonomia.

“Por isso, acho inevitável que os enfermeiros trabalhem sob protocolos por alguns anos, mesmo que obtenham autonomia total e distinta ao longo do tempo. Mas, em primeiro lugar, será necessário basear-se em protocolos para evitar...garantir que esse limite seja (...) subjetivo, mas mitigará a ideia de invasão de decisões” (#PTD01).

Apesar disto, a prescrição sob protocolo não é consensual enquanto uns participantes a consideram essencial e benéfica, alguns identificam múltiplos constrangimentos e outros não a consideram de todo aceitável.

Ainda neste âmbito, os participantes referiram que a participação em situação de urgência e/ou emergência é um cenário tipo da atuação dos enfermeiros no CF, segundo protocolo. Consideram que a este nível estes atingiram um grau de eficácia e satisfação importantes na equipa de saúde.

A prescrição enquanto função do enfermeiro é aceite apenas sob condições e estabelecendo limites. Assim, estes entrevistados consideram que a prescrição por enfermeiros

pode existir, mas em simultâneo terão de já estar reunidas condições e limites para essa prática. Uma das condições referida reiteradamente é a necessidade de formação específica do profissional, que muitos consideram ser insuficiente no presente e vêm como obrigatória caso exista um papel mais ativo e prescritivo do enfermeiro no CF.

“(...) neste momento o ato de enfermagem penso que não compreende este tipo de atribuições e, portanto, teriam que ser reformuladas quer a formação, quer os cuidados no ensino e na prática clínica” (#PTD08).

Por outro lado, alguns participantes consideram a prescrição possível, mas apenas se esta for balizada por protocolos definidos previamente e desde que estejam satisfeitas outras condições como a preparação, isto é, em função dos conhecimentos e dos profissionais. “(...) os protocolos serão importantes, pelo menos até padronizarmos um pouco as habilidades, a formação e até o envolvimento (...) o próprio envolvimento, aceitação desse novo *status quo* pelos diferentes profissionais” (#PTD01).

A prescrição como podendo ocorrer num determinado “contexto específico” é identificada como parte integrante do conteúdo funcional do enfermeiro. A subcategoria emerge de posições que a consideram pertinente e que faz sentido, se realizada por enfermeiros, em contextos como a dor (em casos de dor aguda) e em situação de urgência e emergência. “Acho que os enfermeiros podem ter a decisão de administrar adrenalina ou outras drogas, por exemplo, no suporte avançado de vida” (#PTD01).

A prescrição, também é inequivocamente entendida como uma “Competência exclusiva de outro profissional”. A este nível os médicos mostram “uma posição de reserva” (#PTD02) quanto à prescrição de fármacos por outros profissionais que não sejam médicos. Consideram que pode existir confusão de papéis e que os enfermeiros não deverão assumir essa responsabilidade no presente. Um dos participantes no estudo sustenta a sua posição na complexidade da prescrição e da população-alvo como motivação para a sua posição nesta categoria.

“Cada vez é mais complicado, cada vez temos mais interações medicamentosas, cada vez temos mais idosos polimedicados com função hepática e renal cada vez mais reduzida, com remédios para tudo e mais alguma coisa e, portanto, eu acho que é difícil de gerir e um risco muito grande” (#PTD04).

A educação do utente e/ou cuidador, também, se apresenta como conteúdo funcional do enfermeiro no CF. Esta é uma atividade considerada como bastante relevante e é atribu-

ída aos enfermeiros pelos participantes, que consideram muito válido e muito importante o papel destes profissionais. O processo educativo que estes participantes consideram que é conteúdo funcional do enfermeiro prende-se com a “utilização segura e armazenamento”, os “efeitos terapêuticos e/ou adversos”, a “automedicação” e a “adesão terapêutica”, funções que se constituíram como subcategorias.

Os participantes enfatizaram a relevância do papel dos enfermeiros na educação sobre o CF, que inclui a proximidade, a empatia e os momentos de partilha do enfermeiro com o utente. Por exemplo, em contexto de consulta ou na prestação direta de cuidados, são essenciais neste campo.

A “utilização segura e armazenamento” da medicação são entendidas como funções muito importantes do enfermeiro e podem passar pelo esclarecer de “dúvidas sobre a forma como utilizar o medicamento, como tomar”. O enfermeiro em complemento com os restantes membros da equipa de saúde deve assumir: “O papel de informar a pessoa, (...) tirar-lhe dúvidas sobre a forma de armazenamento dos medicamentos” (#PTD07).

Os participantes reconheceram, em paralelo, que os profissionais de enfermagem realizam educação em CF sobre os “Efeitos terapêuticos e/ou adversos” da medicação, tal como sugere um dos participantes que indica que para além da (in)formação “do que é expectável ou não acontecer”, numa lógica de educação para a saúde os enfermeiros orientam para conhecerem os sinais e sintomas, para a necessidade ou não de recorrer aos serviços de saúde.

“Num contexto de educação para a saúde orientar o utente se é normal, se é anormal, se deve recorrer para tirar dúvidas ou se pode manter, se se deve automedicar ou se isso está incorreto na situação em específico” (#PTD08).

Nos ensinamentos e educação para a saúde no CF realizada por enfermeiros é, também, identificado o suporte para a “Automedicação”. Este suporte compreende a transmissão de informação, o treino se foi identificada esta necessidade e a verificação de conhecimentos para a gestão segura e autónoma da medicação por parte do utente e/ou do cuidador. Neste campo de ação, os participantes elevaram as experiências dos profissionais de enfermagem, como por exemplo no controlo da dor crónica e em pediatria.

Ainda na “educação do utente e/ou cuidador” os participantes revelam a sua importância no que se prende com a “Adesão à terapêutica”. Pretenderam enquadrar a atuação dos enfermeiros neste campo como o profissional que impele o cumprimento de um trata-

mento e pode ser capaz de utilizar estratégias distintas dos outros profissionais com esse intuito.

“É reconhecido que nesta função motivam para a mesma, realizam ensinamentos realçando a importância da adesão à terapêutica, a importância de o fazer, de compreender, para que serve o medicamento, a posologia recomendada” (#PTD08).

Outro dos participantes acrescenta ainda que os enfermeiros sugerem “estratégias para ajudar na questão da adesão à terapêutica, ou seja, como é que a pessoa podia trabalhar um bocadinho isso, de arranjar estratégias para não se esquecer de tomar” (#PTD07).

3.2 REQUISITOS PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

Decorrente das questões levantadas pelo investigador na entrevista ou do fluir da narrativa dos participantes foram transmitidas muitas exigências ou mesmo condições que deveriam estar previstas e asseguradas para que o enfermeiro tivesse intervenção no CF. Todas estas, categorias e subcategorias foram reunidas no tema – requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF – englobando os critérios revelados pelos participantes para que os enfermeiros possam assumir ou tenham assumido um papel ativo no CF. Os requisitos apresentados são múltiplos e podem ser agregados naqueles que dizem respeito ao “enfermeiro”, à “equipa interdisciplinar” e ao “contexto”, como representado na seguinte figura (**Figura 4**).

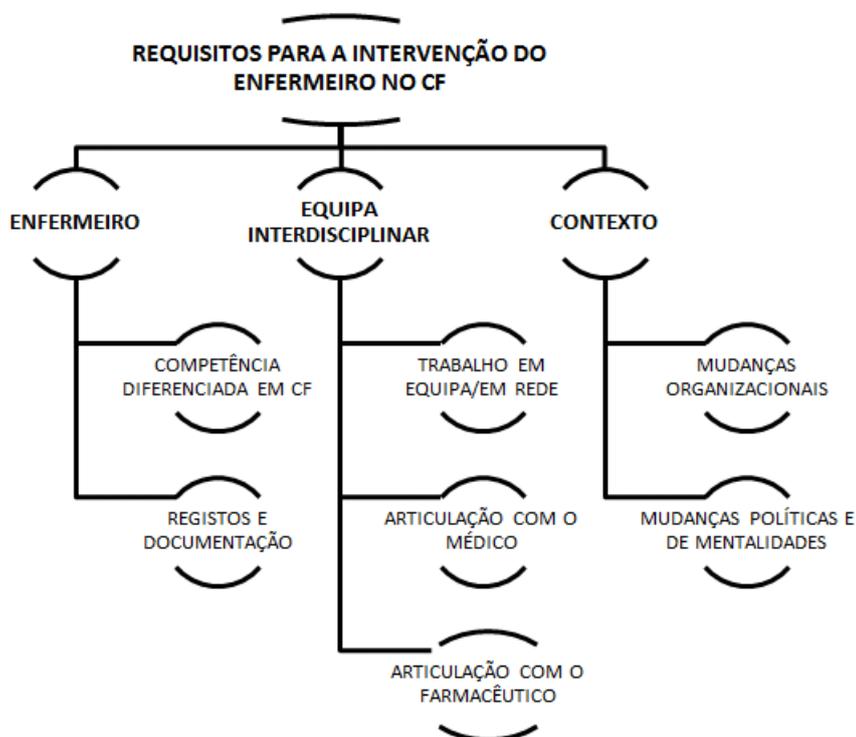


Figura 4 - Categorias e subcategorias associadas ao tema – Requisitos para a intervenção do Enfermeiro no CF

Relativamente aos requisitos que emergiram e que são atribuíveis aos enfermeiros, os participantes destacam dois aspetos importantes e que devem ser tidos em consideração, por um lado a “competência diferenciada em CF” e, por outro, os “registos e documentação” das atividades que desenvolvem no CF.

O tema da “competência diferenciada em CF” foi amplamente apresentado por todos os participantes do estudo como sendo indispensável para que o enfermeiro tenha um papel ativo no CF. A competência diferenciada passa pelo evidenciar de conhecimento na área e por uma formação sólida tanto a partir dos currículos escolares como pela formação em serviço. Todas as unidades de significado são concordantes, algumas referem-no textualmente, como no exemplo seguinte.

“Para se poder fazer um trabalho como deve ser é preciso saber. E, esse conhecimento sobre o ponto de vista dos medicamentos, sobre o ponto de vista da farmacoterapia deveria ser dado como deve ser, a nível escolar (...) formação específica avançada sobre o tema” (#PTD03).

Alguns dos participantes vão mais longe justificando o porquê desta exigência de formação. As palavras de um dos participantes são esclarecedoras:

“(…) a partir do momento que o enfermeiro assume a leitura clínica, ele faz um diagnóstico. Faz um diagnóstico diferencial para agir de uma certa maneira. Isso exige formação, reciclagem (de conhecimentos), um trabalho sério provavelmente desde o período escolar até à pós-graduação. Depois terão que fazer um trabalho de reciclagem e treinar para manter os níveis de habilidade” (#PTD01).

Outro dos requisitos sobre a prática dos enfermeiros no CF que mereceu destaque nos entrevistados foi a documentação formal sobre este cuidado. Os “registos e documentação” produzidos ou associados ao CF e que permitem manter um suporte formal e legal da informação, garantindo a possibilidade de pesquisa, a investigação e a transmissão de dados entre os membros da equipa promovendo a continuidade de cuidados.

Os participantes foram unânimes no que respeita ao conteúdo dos mesmos, não bastará apenas os registos de administrações ou falta delas, mas também o efeito destas e outras manifestações que estejam a ocorrer. Salientam, também, a realização ou não de educação ao utente e/ou cuidador, a partilha dos registos entre membros da equipa de saúde, aconselhando que estes devem estar acessíveis, de forma generalizada, a todos os membros da equipa de saúde, conforme sugere um dos participantes:

“(…) o registo daquilo que é feito e daquilo que é comunicado, não é? Daquilo que é feito em cada uma das consultas, ou que é decidido entre todos, haver aqui sempre um suporte de registo onde vai ficando a comunicação que é feita entre os profissionais, e que depois alguém que volte a ver mais tarde, ou quando eu vou a ver, sei aquilo que foi feito na consulta de enfermagem, o enfermeiro sabe o que foi feito na consulta médica, até sei aquilo que foi dito na farmácia, portanto haver aqui um registo comum” (#PTD07).

Como equipa interdisciplinar agregaram-se todos os requisitos, aqueles que emergiram e que são respeitantes ao funcionamento desta, referem-se à necessidade de conjugar “trabalho em equipa/em rede”, bem como “articulação com o médico” e “articulação com o farmacêutico” para que o enfermeiro tenha um papel interventivo no CF.

Neste contexto os participantes, são unânimes, referindo como pedra basilar o trabalho em equipa ou o trabalho em rede para um CF interdisciplinar de sucesso. O primeiro é entendido como um modo de trabalho em que as pessoas trabalham em conjunto para o mesmo objetivo e o segundo como um trabalho conjunto, mas em que não há uma exi-

gência de hierarquia ou de uma organização vertical, apesar de poderem existir relações de poder e de dependência.

Independentemente dos contextos da sua prática clínica, os participantes enfatizaram ser requisito, a partilha de informação, o diálogo, a proximidade, a interação e o trabalho conjunto e em cooperação tendo em vista o melhor CF.

“(...) Em casos em que os enfermeiros vão fazer os domicílios, os enfermeiros descrevem-me e, pela confiança que tenho nas pessoas com quem trabalho, sou capaz de prescrever com base na avaliação feita por eles” (#PTD06).

“Há grandes oportunidades nos cuidados primários porque as pessoas trabalham muito em equipa. Trabalhar em equipa é uma boa oportunidade, e estas equipas que são feitas e que têm muita autonomia... os profissionais contribuem igualmente” (#PTD07).

Além deste espírito colaborativo e de trabalho em equipa foram relevadas as relações diretas entre enfermeiro e médico e, entre enfermeiro e farmacêutico. A “articulação enfermeiro-médico” foi amplamente explorada por todos os participantes e foi descrita no âmbito hospitalar por um participante (#PTD02) como “um movimento biunívoco”.

Na subcategoria “articulação com o médico” destacaram a necessidade destes profissionais falarem a mesma linguagem, e de terem abertura para discutir conteúdos clínicos, chegando mesmo a ser sugerida a possibilidade dos prestadores de saúde se conhecerem entre si, como forma de maximizar a comunicação e partilha de informações sobre o utente.

Por outro lado, alguns participantes que revelaram sentir “défices de suporte para a passagem de informação” (#PTD03), acrescentaram que existe comunicação oral frequente, mas que há pouco registo escrito desta ou de outra forma de comunicação o que pode ser gerador de perdas e omissão de informação podendo vir a ter como consequência problemas de segurança no CF.

Outra relação que é um requisito e que se estabelece no CF interdisciplinar é a “Articulação com o farmacêutico”. Por parte do enfermeiro, esta relação não se reveste da mesma importância da referida anteriormente, isto é, com os médicos. No entanto, admitem os mesmos que o enfermeiro deve, em caso de dúvida, procurar esclarecê-las ou aconselhar-se com o farmacêutico.

“Dada a proximidade do enfermeiro com o doente, tentar perceber se porventura houve algum impacto negativo da administração dos medicamentos...portanto algum efeito secundário, estar atento para depois poder transmiti-lo e ser discutido (...) com o farmacêutico *a posteriori* se, de facto, existe alguma conexão entre o efeito secundário observado e a toma do medicamento” (#PTD02).

Ainda é sugerido que os farmacêuticos podem ter um papel complementar na “reconciliação ou revisão terapêutica” ou mesmo no *report* para o enfermeiro de alguma informação relevante sobre o utente (#PTD07).

Em relação ao contexto atual dos cuidados de saúde em Portugal, os participantes identificaram que seriam sempre necessárias “mudanças organizacionais” e “mudanças políticas e/ou de mentalidades” para que o enfermeiro pudesse assumir um papel diferente e diferenciado no CF.

Quando sugerem mudanças nas organizações, os participantes ressaltam a importância de uma clara definição das competências e responsabilidades de cada profissional envolvido no CF para o empoderamento do papel do enfermeiro, tal como expresso por um dos participantes: “Eu acho que desde que os papéis estejam bem definidos, penso que não existirão dificuldades. Agora se existem pontos de coincidência e se fique sem saber quem vai atuar, isso sim pode trazer problemas! Logo essa definição é fundamental” (#PTD05).

Um participante (#PTD08) revela ainda que deveria existir “uma uniformização, pelo menos em termos da União Europeia”, e que apesar dos cuidados personalizados a prestar a cada população, existiria dentro do CF espaço para que esses pontos acontecessem em comum nos vários países. Esta seria uma mais-valia sobretudo para a não criação de conflitos interprofissionais adicionais entre os profissionais envolvidos no CF.

Por outro lado, e numa lógica de “mudanças políticas e de mentalidades”, vários participantes referiram como fundamental “o diálogo” entre as várias classes profissionais e alteração de postura dos vários intervenientes no CF.

Um dos participantes sobre este tema conclui a sua narrativa dizendo que “há muitas coisas que as escolas teriam que mudar. Legalmente falando, mudanças teriam que ocorrer na mentalidade de enfermeiros, conselhos de administração, médicos, tudo teria que mudar, poderia levar algum tempo (...)” (#PTD01).

3.3 REVISÃO DO CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

O tema – revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF – integra o conjunto de reflexões solicitadas numa análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças do papel dos enfermeiros no CF, aos médicos participantes, isto é, foi solicitado que de forma sistematizada fizessem um ponto da situação atual e das perspetivas futuras para o enfermeiro na equipa interprofissional de CF, que se apresenta de forma sucinta na **Figura 5**.

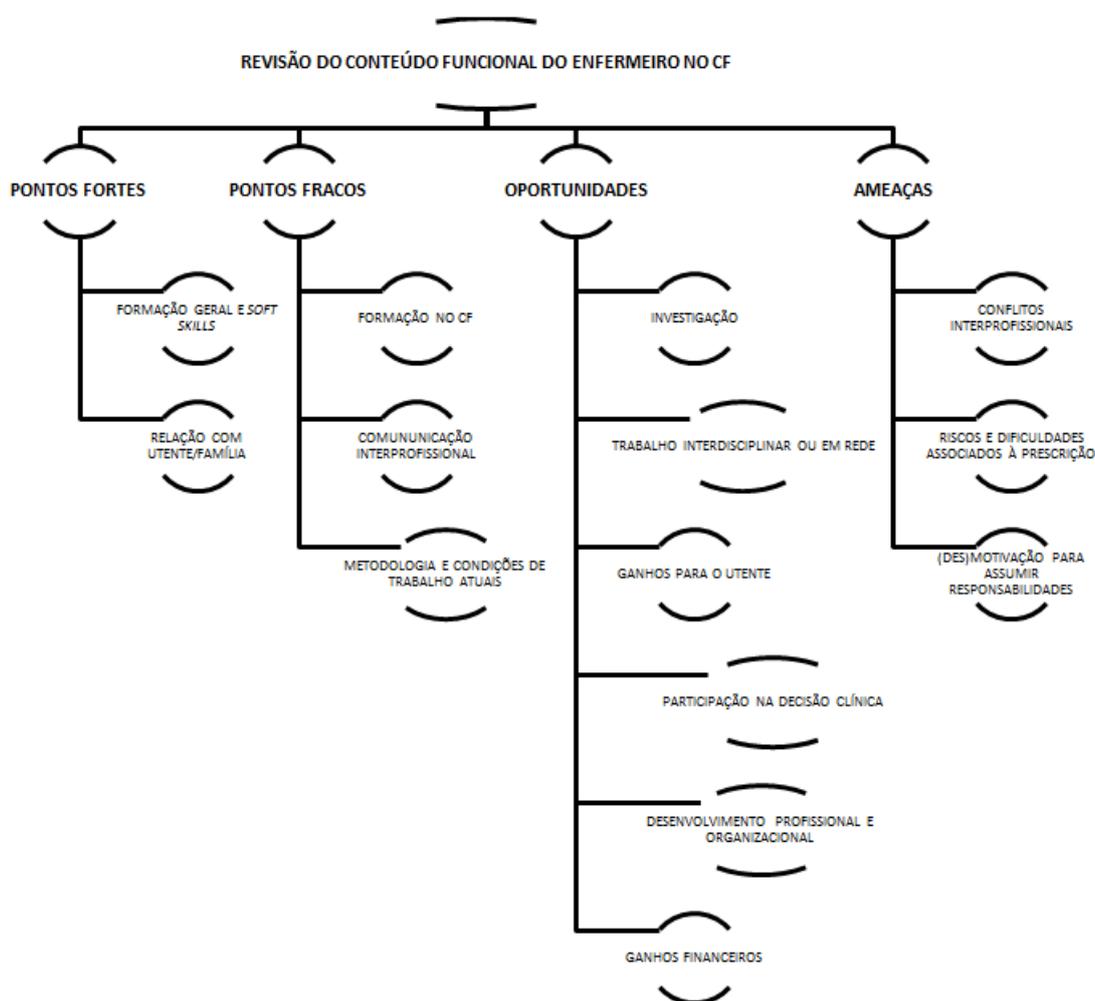


Figura 5 – Categorias e subcategorias associadas ao tema – Revisão do conteúdo funcional do Enfermeiro no CF

As categorias dentro deste tema estavam definidas *a priori*, dado que uma das finalidades da entrevista seria solicitar aos entrevistados uma análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças sobre a intervenção do enfermeiro no CF em equipa interdis-

ciplinar. Os pontos fortes emergiram fundamentalmente dos aspetos relativos à “formação geral e às *soft skills*” e aos aspetos da “relação com utente e família” ambos largamente referenciados pelos participantes, porém não de forma consensual. A proximidade e relação de confiança e ajuda estabelecida com o utente e família são referidos unanimemente por todos os entrevistados como sendo uma mais-valia do trabalho do enfermeiro. Contudo, a formação é considerada como um ponto forte por alguns entrevistados e como um ponto fraco por outros, mais especificamente no que respeita ao CF ou farmacoterapia.

A formação global dos enfermeiros é explicitada como ponto forte, surgindo referências a que os enfermeiros atualmente estão muito bem preparados, com uma formação de base muito boa, uma grande valorização da formação em termos de comunicação com o utente e a família, aspetos que são reconhecidos a nível mundial. Salientam, ainda, que os enfermeiros têm reconhecidamente uma “(...) formação em saúde forte, virada para os ganhos em saúde das pessoas” (#PTD07).

“Mesmo os estudantes são muito raros os que não têm interesse nenhum pelas coisas. Muito poucos! O que eu posso apreciar é que têm uma excelente qualidade formativa e depois é assim, são reconhecidos a nível mundial” (#PTD04).

A “relação com utente e família” é identificada pelos participantes como sendo uma relação de proximidade, com disponibilidade de tempo, de continuidade e de permanência junto do utente. É uma relação pautada pela confiança, empatia, compreensão, atenção e ensino, sendo o enfermeiro muitas vezes “o primeiro ponto de contacto com o doente, e sendo o primeiro ponto de contacto com o doente, a primeira observação é sempre importante” (#PTD05).

O *follow up* também é apresentado por alguns participantes como um ponto forte, “pelo espírito de proximidade (...) no qual o enfermeiro está vinte e quatro horas com o doente (...) em ambiente hospitalar ou em qualquer contexto dos cuidados de saúde está mais próximo” (#PTD02). A proximidade com o utente e família é referenciado como relevante pelos resultados em saúde que poderão ser obtidos.

“Esta articulação com o cuidador, com a família, de perceber se podiam ser tomadas mais precauções e mais atitudes para que os medicamentos fossem tomados da melhor forma, nas pessoas que têm cuidador e que é a família que vai um bocadinho supervisionando a toma da medicação” (#PTD07).

Da mesma forma que o enfermeiro é referenciado como sendo o primeiro profissional de saúde que contacta com o utente, os participantes consideram que frequentemente é também o último e assim possa detetar eventuais falhas ou erros no CF,

“(…) O último a contactar com o doente e aqui pode levar a que realmente confirme ou reveja com o utente todas as ações terapêuticas para que o mesmo saia bem capacitado para o tratamento no domicílio” e possam detetar eventuais falhas ou erros no CF (#PTD05).

Os participantes ao serem questionados sobre a possibilidade de haver alguma revisão no conteúdo funcional do enfermeiro no CF, também identificam alguns aspetos menos positivos integrados na categoria de pontos fracos. Salientam aspetos ligados à “formação em CF”, à “comunicação interprofissional” e à “metodologia e condições de trabalho atuais”.

Os aspetos formativos foram os mais frequentemente expressados, revelando alguma dicotomia de opiniões sobre a dimensão da formação dos enfermeiros. Apesar dos participantes apontarem a formação dos enfermeiros como forte, no que respeita em específico ao CF revelam que na sua perspetiva os enfermeiros não têm conhecimentos suficientes para um papel mais diferenciado no CF daquele que atualmente desempenham, pois, a sua formação teórica é menor que outras profissões na área da saúde, como por exemplo os farmacêuticos. A constante mudança no que se prende com a medicação exigiria, na perceção dos participantes uma maior aposta na formação contínua.

“É uma questão de neste momento eu achar que não estão preparados para esse tipo de atribuições. Por que em termos de formação não há preparação para a situação” (#PTD08).

Vários entrevistados referem que o papel do enfermeiro não pode ser mais diferenciado no CF porque não sentem que estes “estejam habilitados para isso” e “em termos de formação não há preparação” para essa realidade.

Outro dos pontos fracos apontados pelos entrevistados foi a “comunicação interprofissional”, isto é, a comunicação que se processa ou se deveria processar entre todos os membros da equipa de saúde sobre o CF. Como sugerido nos requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF os “registos e documentação” necessitariam na opinião dos entrevistados de um incremento de qualidade e quantidade, sobretudo nos registos escritos. Assim, a partilha de informação é tida como insuficiente, havendo mesmo partici-

pantes que referem desconhecer se os enfermeiros podem aceder ao que os outros profissionais documentam, nomeadamente, os médicos. Por outro lado, um dos participantes refere que no seu contexto de exercício profissional - Cuidados de Saúde Primários - sente que não existe disponibilidade temporal para que haja uma maior comunicação entre a equipa, sobretudo em momentos formais de partilha.

Ainda no que respeita aos pontos fracos apontados surgem a “metodologia e condições de trabalho atuais” que não são facilitadoras de uma maior aproximação e envolvimento do enfermeiro na equipa interprofissional para promover o CF. Estas abrangem uma multiplicidade de fatores dos quais podemos destacar: a referência aos sistemas da informação não inclusivos como sugere um dos participantes quando relata que “nós não temos um sistema informático em que o enfermeiro esteja verdadeiramente incluído no sistema”; a reclamação sobre a disponibilidade de tempo, em que é referido que a dotação de pessoal e a carga de trabalho não permitem que sejam aproveitadas as oportunidades para partilha de experiências, “debates conjuntos, atualizações conjuntas, (...) estabelecimento de protocolos conjuntos” (#PTD04), o que leva, segundo outra participante, a que os enfermeiros não sejam incluídos nas “reuniões de formação sobre farmacoterapia” (#PTD07).

Ainda sobre a metodologia de trabalho, há quem afirme que a assunção da responsabilidade por um utente por turnos, por parte dos enfermeiros (ao invés de outras classes profissionais que acompanham o utente ao longo do tempo) pode constituir-se como elemento perturbador.

A “investigação”, o “trabalho interdisciplinar ou em rede”, os “ganhos para o utente”, a “participação na decisão clínica”, o “desenvolvimento profissional e organizacional” e os “ganhos financeiros” reúnem aquilo que os participantes percebem como oportunidades para os enfermeiros no CF.

A realização de investigação interdisciplinar, no âmbito do CF é uma das oportunidades identificadas. Esta poderá facilitar que os profissionais se conheçam e a ligação entre escolas seja promovida, mas, também, um trabalho de maior qualidade, pela realização de auditorias ou a construção de fluxogramas e normas de orientação da prática.

Um dos participantes refere nesse sentido que, atualmente “investigação multidisciplinar com enfermeiros existe pouca, mas pode ser uma oportunidade”. (#PTD07).

Considerado como oportunidade, o “trabalho interdisciplinar ou em rede” já referenciado anteriormente também é referenciado em várias entrevistas como algo a ser replicado em todos os contextos de cuidados. Um dos participantes revela que no seu contexto de cuidados esta realidade atinge o seu esplendor.

“(...) nos cuidados primários porque as pessoas trabalham muito em equipa. Trabalhar em equipa é uma boa oportunidade, e estas equipas que são feitas e que têm muita autonomia, em que nós temos equipas em que todos os profissionais contribuem igualmente” (#PTD07). Complementa referindo ainda que “(...) equipas horizontais e participativas são uma oportunidade para os enfermeiros desenvolverem as suas competências porque facilitam a comunicação e porque responsabilizam todas as pessoas”.

Outra das subcategorias no contexto das oportunidades são os “ganhos para o utente”, ganhos sobretudo refletidos na sua saúde e segurança. A este nível convergem percepções já explicitadas pelos participantes e que voltam a ganhar corpo como oportunidade no futuro como a possibilidade de participarem na “revisão ou reconciliação terapêutica” e noutras fases de decisão clínica uma vez que, segundo os participantes, os enfermeiros têm uma “leitura clínica válida” (#PTD01), “um conhecimento” aprofundado do utente e uma “relação de confiança com o utente” e família (#PTD06).

Neste âmbito um dos participantes refere ainda que “(...) poderá haver aqui uma proximidade (entre enfermeiro e utente) que facilita as pessoas a confessarem as suas crenças e até os efeitos secundários que têm em relação aos medicamentos, e portanto pode ser ali uma oportunidade de trabalhar isso, de sinalizar medicamentos que se calhar não deveriam estar ... não estão a ser bem tomados ou não deveriam estar a ser tomados, ou poder estar a ter aqui efeitos secundários, e que pode ter que se fazer uma revisão terapêutica” (#PTD07).

Em convergência com esta declaração, outro dos participantes afirma que a intervenção do enfermeiro pode ser útil na “(...) redução da chamada polifarmacoterapia, ou seja, do excesso de medicamentos em cada pessoa, mas pode também ajudar, e esta é mais uma das oportunidades, ajudar o médico no trabalho da desprescrição (...), não haver excesso de prescrição médica, que é um dos problemas que nós temos, em particular em relação ao avançar da idade das pessoas e da multimorbilidade” (#PTD03).

A “participação na decisão clínica” é entendida como uma oportunidade por vários entrevistados, todavia esta surge sempre numa lógica colaborativa como se exemplifica

“(...) o enfermeiro deve estar presente nos momentos da tomada de decisão clínica. Por exemplo, é impensável a partir desse momento que o enfermeiro não esteja presente nas reuniões de decisão clínica, é impensável que um enfermeiro não faça parte de reuniões de decisões terapêuticas no hospital. O enfermeiro deve estar envolvido na terapia e nas decisões clínicas do próprio serviço, que para além do diálogo direto, deve haver um envolvimento institucional mais sério do enfermeiro nas decisões clínicas” (#PTD01). Outro dos participantes refere que os grupos de trabalho para elaboração de protocolos terapêuticos podem incluir enfermeiros pois são estes que estão no “terreno”.

“(...) o protocolo fica então adequado ao material que o enfermeiro manipula...porque raramente é o médico que o faz” (#PTD02).

Outra das oportunidades a considerar é certamente o “desenvolvimento profissional e organizacional”, neste reúnem-se argumentos dos entrevistados que revelam a possibilidade de crescimento profissional dos enfermeiros com a assunção de novas funções e responsabilidades no CF, mas sobretudo a assumirem um diálogo e uma participação de igual para igual em tudo o que envolve o CF.

“Uma oportunidade é fundamentalmente, e para já, uma melhoria de cuidados e uma melhoria da formação individual” (#PTD03).

Ainda no conjunto das oportunidades surgem referenciados por dois participantes os “Ganhos financeiros” para o sistema de saúde. Os participantes revelam que a participação mais ativa dos enfermeiros no CF pode substituir ou libertar para algumas tarefas outros profissionais, que saem mais dispendiosos ao sistema. Na mesma linha de pensamento afirma um dos entrevistados que pode ser uma forma “(...) de reduzir os custos terapêuticos, não só a nível da terapia, mas também ao nível dos custos dos profissionais” (#PTD03).

Na análise solicitada aos entrevistados as ameaças identificadas e que colocam em causa o desenvolvimento de um CF diferenciado por enfermeiros, prendem-se com os “conflitos interprofissionais” que irão ocasionar, os “riscos e dificuldades associados à prescrição” e a eventual “(des)motivação para assumir responsabilidades”.

As dissonâncias entre classes profissionais são qualificadas pelos entrevistados como algo que é natural e justificados porque consideram que há sempre uma espécie de competição pelas responsabilidades. No entanto, os entrevistados revelam que um empode-

ramento do papel do enfermeiro neste âmbito da prestação de cuidados geraria ainda maiores conflitos interprofissionais.

“Se mudarmos esse cenário, colocamos o enfermeiro num patamar de maior igualdade de decisão com o médico. Isso pode ser um gatilho para o conflito, não é?” (#PTD01).

Reafirmam que pode ser complexa a definição de fronteiras nas responsabilidades dos vários profissionais o que exige um ambiente de diálogo e de negociação, apesar dos problemas que irão emergir se o enfermeiro assumir o papel de prescritor.

“Se colocarmos outro elemento com poder de decisão na equação, certamente estamos a criar uma arena maior de conflito. Isso requer posições não de autoridade, mas o diálogo entre a equipa para evitar possíveis obstáculos” (#PTD01).

Paralelamente a esta ameaça de conflito interprofissional a exigência e riscos associados ao momento da prescrição de terapêutica em particular da medicação foi referido por vários entrevistados, pela sua complexidade em termos de avaliação da situação para o diagnóstico. As unidades de significado seguintes são disso exemplificativas.

“Muito complexo! Cada vez é mais complicado, cada vez temos mais interações medicamentosas, cada vez temos mais idosos polimedicados com função hepática e renal cada vez mais reduzida, com remédios para tudo e mais alguma coisa e, portanto, eu acho que é difícil de gerir e um risco muito grande” (#PTD04).

“Existem várias avaliações ao longo de um único dia, por pessoas diferentes, o que pode criar um viés complicado” (#PTD01).

“Implica muita informação, implica sobretudo perceber o indivíduo. Implica diagnóstico” (#PTD03), algo que os participantes não julgam estar neste momento ao alcance dos enfermeiros.

Os participantes percebem ainda ameaças relativas à motivação que alguns enfermeiros terão com quem contactam na sua prática clínica quotidiana para assumir responsabilidades caso seja ampliada a sua intervenção no CF. Nas entrevistas realizadas alguns médicos sugerem que nem todos os enfermeiros, sobretudo os mais experientes, estão ou estarão motivados para assumir um papel diferente e diferenciado no CF, e que têm dúvidas sobre a necessidade percebida por alguns enfermeiros de atualização de conhecimento sobre farmacoterapia.

“(...) foram formatados para um tipo de formação e agora abranger outras capacidades. Agora acho que parte da classe de enfermagem se sente confortável para não assumir outras responsabilidades” (#PTD06).

“Motivação dos próprios enfermeiros, que muitas vezes não acham que é assim tão importante atualizarem-se sobre a farmacoterapia” (#PTD07).

Ainda neste sentido, um terceiro entrevistado (#PTD01) conclui dizendo que “(...) a educação em enfermagem evoluiu muito positivamente nos últimos anos, mas se conversarmos com enfermeiros que trabalham há décadas, certamente eles não estarão preparados, apesar de experientes e apesar de terem o *know-how*”.

Após a apresentação dos resultados das entrevistas realizadas aos médicos selecionados (*critical cases*), iremos no capítulo seguinte analisar e discutir os resultados encontrados comparando-os com o enquadramento teórico apresentado anteriormente e a bibliografia mais atual, preferencialmente os resultados da investigação sobre o tema, mas também à luz dos resultados do projeto EUPRON – DeMoPhaC.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigação quantitativa internacional EUPRON forneceu dados para a construção da entrevista aplicada no projeto DeMoPhaC. Permitiu, ainda, concluir que a monitorização da adesão à terapêutica e dos efeitos adversos/terapêuticos dos medicamentos, a educação e informação ao utente, e a prescrição de medicamentos foram considerados partes integrantes da prática de enfermagem. A maioria dos profissionais de saúde revelou que o envolvimento dos enfermeiros no CF deveria ser alargado. Concluíram ainda que a colaboração e comunicação entre enfermeiros e médicos no CF é limitado e entre enfermeiros e farmacêuticos ainda mais.

Sob esta base de conhecimentos e após colheita de dados em Portugal com a entrevista traduzida e adaptada ao contexto de saúde do país pretende-se discutir os três requisitos operacionais em que se divide a nossa questão de investigação, com a finalidade de responder às interrogações elevadas e descerrando novas janelas de investigação futura.

4.1 CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

Assim, pretende-se, em primeiro lugar, compreender a visão que o médico, em Portugal, tem sobre as responsabilidades e funções dos enfermeiros no CF numa equipa interprofissional e em segundo lugar, determinar quais os requisitos necessários para uma intervenção ativa do enfermeiro no CF interprofissional. Por último, em terceiro lugar, conseguir uma reflexão sobre as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (percecionadas pelos médicos) à função que o enfermeiro assume ou pode vir a assumir no CF interdisciplinar.

Estas pretensões correspondem à questão (global) de investigação formulada: Qual a visão do médico sobre a responsabilidade do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico numa equipa interdisciplinar?

Os resultados demonstraram que os médicos portugueses, enquanto elementos das equipas de saúde que trabalham de forma conjunta e direta com os enfermeiros no cuidado às populações consideram que estes têm e devem continuar a ter um papel ativo no CF. No que se prende com as funções atuais, este papel aporta numa série de funções e responsabilidades no âmbito do CF e que podem ser divididas em quatro categorias fundamentais: preparação e administração, monitorização, prescrição e educação do utente e/ou cuidador.

Esta perceção dos médicos portugueses relativamente à intervenção dos enfermeiros tem correspondência internacional nas suas dimensões fundamentais.

No contexto da profissão de enfermagem, à luz da referência de Leufer (2013) reportando-se a Armitage e Knapman (2003), estima-se que 40% do tempo de trabalho é dedicado ao CF.

Acrescendo à importância do tempo dedicado ao CF, Pirinen et al. (2015) descreve o CF na Finlândia como o “processo de administração de medicamentos” e afirma que este é um processo complexo e que tem em conta várias etapas, nas quais os enfermeiros têm um papel central na gestão do mesmo, exceto no que respeita à prescrição, sendo esta gerida pelos médicos.

No entanto, acrescenta ainda que os enfermeiros estão de alguma forma envolvidos em todas as fases, incluindo prescrição, uma vez que interpretam e compreendem as prescrições e sugerem a utilização/alteração de medicamentos e solicitam verificações às prescrições existentes. Os resultados da presente investigação vão ao encontro dos aspetos apresentados por estes autores, pois são frequentes na visão de todos os participantes do estudo.

Numa investigação internacional, De Baetselier et al. (2020), afirmam que o papel dos enfermeiros no CF é vasto e que dele fazem parte a educação e informação ao utente, a monitorização da adesão aos medicamentos, a monitorização dos efeitos adversos e terapêuticos e a prescrição de medicamentos.

As tarefas associadas à preparação e administração de medicamento e/ou terapêuticas são tacitamente reconhecidas pelos médicos em Portugal como sendo uma das principais responsabilidades dos enfermeiros no CF.

Já em 1991, Arcuri defendia que a administração de medicamentos correspondia a uma das maiores responsabilidades dos enfermeiros no cuidado aos utentes. Também o Regulamento da Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015, p. 10089) elenca claramente como uma das competências, mencionando que este: “Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas”.

Ainda sobre este tópico e de acordo com Leufer e Cleary-Holdforth (2013), os enfermeiros não devem esquecer que o papel da administração de medicamentos, que em grande parte recai sobre este grupo profissional, representa a última verificação de segurança, a oportunidade final para garantir que todos os aspetos deste processo foram devidamente considerados e, portanto, que é seguro proceder à administração do medicamento ou terapêutica ao utente.

A monitorização é um conceito que pretende envolver tanto a observação, medição e registo de parâmetros fisiológicos, como a vigilância num processo sistemático e direcionado à deteção precoce de sinais de mudança, interpretação das implicações clínicas de tais mudanças e ser catalisador de intervenções apropriadas para cada utente no CF. No fundo, resulta da fusão de dois conceitos abordados por Giuliano (2017) quando nos descreve os termos “*monitoring*” e “*surveillance*” na atividade dos enfermeiros.

Os participantes do estudo sustentam que os enfermeiros em Portugal atuam na monitorização dentro do âmbito do CF em vários contextos, tais como, o da segurança da medicação e do seu armazenamento, o da adesão terapêutica, o da revisão e reconciliação terapêutica e o dos riscos e eventos adversos. Assumem, também, que os enfermeiros podem realizar esta monitorização tanto em contextos temporais prolongados (“*Follow-up*”) como em momento próprio com o utente e/ou família/cuidador, isto é, na consulta de enfermagem.

A monitorização da segurança da medicação e do seu armazenamento, para os participantes, é o mesmo que dizer que os enfermeiros devem ter atenção ao processo que envolve a medicação e o seu armazenamento, procurando que sejam salvaguardadas todas as condições para o bem final da segurança na medicação. Este é um assunto pouco escrutinado na literatura e não existe uma responsabilidade exclusiva do enfermeiro neste campo. No entanto, aquando da formação base em enfermagem e em algumas normas orientadoras da prática, como é o caso da Norma nº 14/2015 da DGS, de 17/12/2015 - Processo de Gestão da Medicação - é sustentado que os profissionais de saúde (sem

especificar quais os profissionais) devem assegurar regularmente alguns pontos, como verificar que os medicamentos se encontram em condições passíveis de serem administrados, que o conteúdo da sua embalagem corresponde ao rótulo indicado, que o medicamento se encontra dentro do prazo de validade e que as dosagens fornecidas são as indicadas para o utente em específico. O mesmo organismo recomenda o cumprimento das práticas seguras preconizadas na Norma nº20/2014 da DGS, de 30 de dezembro – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes – e na Norma nº014/2015 da DGS, de 6 de agosto – Medicamentos de alerta máximo.

Em *guidelines* internacionais como as do “*National Institute for Health and Care Excellence*” no Reino Unido, as práticas de armazenamento de medicamentos em contextos clínicos são alvos de orientação como, também, é o caso do documento: “*Managing medicines in care homes*” de 2014. Assim, considera-se que os resultados desta investigação são convergentes com as orientações existentes.

A adesão à medicação é definida pela OMS (2003) como a medida em que o comportamento de uma pessoa - tomar medicação, seguir uma dieta e/ou realizar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações aconselhadas por um profissional de saúde.

A CIPE (2015, p. 38) define adesão como um “status positivo ou ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos”. Dando como exemplos: o cumprimento de um tratamento; a toma de medicamentos como prescrito; e, uma mudança de comportamento para melhor - interiorizando o valor de um comportamento de saúde e obedecendo às instruções relativas ao tratamento.

Esta adesão implica a noção de concordância, ou seja, um processo de tomada de decisão compartilhada entre utentes e profissionais de saúde (Mullen, 1997 citado por Verloo et al., 2017).

Médicos, farmacêuticos e enfermeiros, segundo Celio et al. (2018), desempenham um papel importante na sinalização de utentes com níveis ótimos de adesão à medicação e devem promover intervenções para apoiar e melhorar a adesão, persistência e retenção ao tratamento prescrito, tal como sugerem os participantes do estudo que referem a proximidade da relação estabelecida entre enfermeiros e utentes/família como geradores de confiança para ganhos no campo da adesão terapêutica.

No que concerne à revisão e reconciliação terapêutica, a literatura revela um tema importante no que respeita à segurança da medicação, embora surjam várias linhas orientadoras e os conceitos adjacentes sejam claramente os mesmos, o processo no qual esta ocorre nem sempre é claro e tem-se mostrado complexo e desafiador nomeadamente nas transições de cuidados (Almanasreh, Moles & Chen, 2016).

Os resultados apontam que a participação dos enfermeiros neste âmbito deveria ocorrer sobretudo numa lógica de alerta para o médico, no caso de haver duplicação ou conflitos de medicação do utente, não vislumbrando mais do que estas funções. Estes são resultados que ficam aquém dos apresentados por Kreckman et al. (2018) que vão mais longe e assumem que a revisão realizada em equipa interdisciplinar muitas vezes não resulta em ganhos reais para o utente. No estudo realizado, a criação de uma equipe de transição de cuidados composta por enfermeiros reestruturou a reconciliação de medicamentos como um processo contínuo que ocorre durante a hospitalização do utente, alta e acompanhamento hospitalar, melhorando a precisão da reconciliação de medicamentos, o cuidado a utentes hospitalizados e levou a transições mais seguras para o ambiente de ambulatório.

O contexto temporal da monitorização realizada por enfermeiros no CF, acontece genericamente em consultas de *follow up* e em consulta de enfermagem, podendo ocorrer em contexto institucional ou extrainstitucional tanto de forma sistemática como esporádica.

A literatura revela o papel relevante do enfermeiro na monitorização clínica do utente com ganhos observados para os utentes, podendo, estas intervenções, estar direta ou indiretamente ligadas ao CF e realizadas num contexto institucional ou programas de *follow up* na comunidade e/ou domicílio, como na investigação de Sezgin et al. (2017) na qual o programa de cuidados e acompanhamento de enfermagem implementado para utentes com insuficiência cardíaca, melhorou o autocuidado e a qualidade de vida dos utentes com especial reflexo na diminuição de re-hospitalizações.

No que respeita à criação de um espaço temporal de trabalho exclusivo entre o enfermeiro e o utente e/ou família ou cuidador (consulta de enfermagem), vem sendo identificado na literatura como uma mais-valia, como demonstra o nível de satisfação dos utentes com artrite inflamatória seguidos concomitantemente em consultas médicas e consultas de enfermagem do estudo de Koksvik et al. (2013).

No campo da prescrição por enfermeiros, encontramos várias realidades no mundo espelhadas na literatura e, embora o direito de prescrever medicamentos estivesse reservado há muito tempo, para a profissão médica este cenário tem sofrido alterações.

Em Portugal, a prescrição de medicamentos e terapêuticas é atribuída na totalidade aos médicos.

As diferenças entre os países refletem-se nos acordos jurisdicionais entre as profissões de enfermagem e médicas no que diz respeito à prescrição. Em alguns países, os enfermeiros compartilham (total) jurisdição com a profissão médica, enquanto em outros países os enfermeiros prescrevem numa posição subordinada. Na maioria dos países, a jurisdição sobre a prescrição permanece predominantemente com a profissão médica. Parece haver um mecanismo que liga os acordos jurisdicionais entre as profissões com as forças que levaram à introdução da prescrição de enfermagem. As forças com foco na eficiência parecem levar a direitos de prescrição mais amplos (Kroezen et al., 2011).

Em contraciclo com um número crescente de países por todo o mundo, que estão a introduzir reformas para autorizar os enfermeiros a prescrever alguns medicamentos. O continente europeu conta com treze países onde esta prática já se encontra de alguma forma regulada (Maier, 2019).

A falta de médicos (sobretudo em áreas rurais), o aumento das doenças crónicas, o trabalho interprofissional em saúde e o aumento da formação em enfermagem nas instituições de ensino superior constituem-se os catalisadores major desta mudança referidos por Delamaire e Lafortune (2010) numa avaliação realizada a doze países desenvolvidos.

A extensão de direitos na prescrição varia consideravelmente. Existindo três países europeus (Irlanda, Holanda, Reino Unido) que concedem a certos grupos de enfermeiros (“*nurse prescribers*”, “*nurse specialists*”, “*independent nurse prescribers*”, respetivamente) quase total autoridade de prescrição dentro da sua especialidade. Noutros países, o prontuário de medicamentos é restrito, estando definido *a priori* o leque de medicamentos autorizados ou existindo liberdade após a prescrição inicial realizada por um médico. Todos os países regulamentaram as condições sob as quais os enfermeiros podem prescrever; a maioria exige um registo adicional na função/capacidade de prescrição, alguns na forma de supervisão médica direta entre outras medidas para garantir segurança do utente (Maier, 2019).

Os enfermeiros em Espanha prescrevem, hoje em dia, vacinas, antissépticos ou antipiréticos e fármacos com propósitos específicos, como nos casos de diabetes, incontinência urinária e tratamento de feridas. Além disso, existem ainda protocolos definidos de prescrição de enfermagem para o tratamento de doenças e condições agudas menores (Hämel et al., 2020).

A opinião dos participantes no estudo é coincidente com esta variabilidade encontrada entre os países supracitados, existindo quem assuma que esta não é uma competência atribuível aos enfermeiros e outros que referem que este pode ser um caminho futuro, no entanto ficando sempre sujeito a algumas condições a serem garantidas pelos enfermeiros, nomeadamente: formação específica, protocolos ou grupos de utentes predefinidos, supervisão médica e mudanças políticas e ou de mentalidade.

No conteúdo funcional do enfermeiro no CF, relativamente à educação do utente e/cuidador há correspondência entre os resultados desta investigação e a literatura, desde a utilização e armazenamento de medicamentos, os seus efeitos terapêuticos e adversos, a adesão terapêutica e a formação para a automedicação. Todas estas são funções que fazem parte da intervenção dos enfermeiros, pois assumem a transmissão de conhecimentos para utentes e famílias de modo a que estes se sintam parte integrante do processo de melhoria de saúde.

Neste sentido e segundo Virgolesi et al. (2017), a educação para a saúde por enfermeiros melhora a adesão ao plano de tratamento, permitindo que os utentes se expressem não apenas como indivíduos que dependem de cuidados de saúde, mas também como protagonistas capazes de gerir eficazmente a sua doença e empoderando-os e garantindo habilidades para gerirem a sua própria doença.

Ainda neste contexto e enfatizando uma atuação interprofissional, Pereira (2015) demonstrou que o seu projeto permitiu observar que a adesão ou controlo da Hipertensão Arterial é multifatorial e complexo, necessitando do esforço conjunto dos profissionais que compõem a equipa interdisciplinar. Estes profissionais devem estar envolvidos na prática de ações educativas, procurando aperfeiçoar a prática visando aumentar a adesão do utente e tornando o mesmo um participante ativo no processo terapêutico.

4.2 REQUISITOS PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

O primeiro requisito referido pelos participantes no estudo para uma intervenção do enfermeiro no CF interdisciplinar foi a competência ou formação (diferenciada) em farmacoterapia ou no CF. A participação depende da demonstração de competências na área, muitas vezes não garantida pela formação base de enfermagem.

Na literatura podemos encontrar eco deste resultado no estudo de Vaismorandi et al. (2016) que identifica a necessidade de formação dos enfermeiros em CF referindo que a segurança da medicação depende de informações multidisciplinares e colaboração com a enfermagem constituindo o maior número de profissionais de saúde envolvidos na segurança de medicamentos. Os enfermeiros têm um papel proeminente na administração de medicamentos e, uma prática de enfermagem segura pode reduzir os eventos adversos, que resulta na prescrição, administração ou monitorização (de medicamentos) deficitárias.

A segurança da medicação é um elemento central da prática de enfermagem, exigindo conhecimento teórico e prático de enfermagem como ciência, para Pohl et al., (2009) e Richardson e Storr (2010), e estruturas de competências, para Hemingway et al., (2011) citados por Vaismorandi et al. (2016).

Num artigo de 2015, Durham elenca os fatores associados ao erro na medicação onde entre os fatores humanos referenciados surge o conhecimento em farmacologia. A integração de conhecimentos de farmacocinética e princípios farmacodinâmicos na prática clínica é essencial para a segurança do utente. Compreendendo o início, pico e duração dos efeitos da medicação encoraja administração oportuna de medicamentos e ajuda a prevenir a possível acumulação de reações adversas. É um dever para com o utente saber as ações e indicações de todos os medicamentos que se administram, incluindo intervalos de dosagem seguros, possíveis reações adversas, parâmetros a monitorizar, entre outros.

Apesar da qualidade da educação dos envolvidos com o CF representar apenas um dos muitos fatores que podem ter um impacto na redução do risco de eventos adversos e fornecer cuidados seguros nesta área, o foco e a metodologia de educação em enfermagem no CF devem merecer atenção, segundo Heczková e Bulava (2018).

A documentação e registo das ações integrantes do CF, referindo este como ponto fundamental para a passagem de informação entre a equipa interprofissional, a continuidade de cuidados ao utente e o suporte escrito formal de informações/ações transmitidas ou efetuadas, é outro dos requisitos elencados nos resultados desta investigação.

Esta evidência vai ao encontro das orientações de múltiplos autores que têm tido o CF como enfoque dos seus trabalhos. Silvestre et al. (2017) postulam no seu artigo intitulado a documentação de informações sobre medicamentos e todos os tipos de avaliações do utente, sobretudo em momentos de transferência (de cuidados) deve ser executada de forma rigorosa. À luz da segurança do utente questionam o valor da realização da avaliação do mesmo se esta não for devidamente documentada no processo. Consideram como fundamental para a melhoria da segurança no CF a documentação de todas as práticas de saúde relacionadas com os medicamentos – diretas e indiretas - se torne uma prática de rotina nas organizações de saúde.

Já em 2015, Durham constatava que a tecnologia recente tem tentado colmatar estes pontos e a utilização de sistemas eletrónicos de gestão da medicação, de códigos de barras, e registos eletrónicos e estações de trabalho móveis melhoraram a eficiência e minimizam o potencial erro, dando aos enfermeiros acesso às informações em tempo real (Durham, 2015).

Volpe et al. (2016), nesse mesmo sentido afirma que a implementação de um sistema de prescrição eletrónica está associada à redução de fatores de risco para erros de medicação. A eliminação de ilegibilidade constitui um aspeto inerente ao processo eletrónico de prescrição, minimizando o uso de abreviaturas inadequadas, rasuras e lacunas de informação.

Também os farmacêuticos comunitários referem problemas motivados por documentação inadequada na dispensa de medicamentos com potenciais danos para os utentes se esta não for a adequada (Ensing et al., 2017). A redução destes problemas ocorre pela implementação rigorosa do processo de reconciliação terapêutica em todos os pontos de transição de cuidados, a transferência eletrónica padronizada de todas as informações relacionadas com medicamentos e a colaboração interdisciplinar.

Numa lógica de atuação interdisciplinar os participantes referiram a importância do trabalho em equipa, das articulações específicas entre os enfermeiros e os médicos e dos enfermeiros com os farmacêuticos. Os mesmos enfatizaram que uma comunicação e

interajuda interdisciplinar e, sobretudo, uma relação próxima entre enfermeiros e médicos resultam em ganhos para o CF.

A qualidade das relações e cooperação entre os membros da equipa de uma organização determinam o sucesso dos seus objetivos. Em instituições de saúde, a colaboração interprofissional e a colaboração entre os enfermeiros são essenciais para efetividade dos cuidados (Blanchett, 1994, citado por Dimitriadou et al., 2008).

Já em 1994, a farmacêutica Jolene Siple descrevia uma transição da abordagem da equipa multidisciplinar para a equipa interdisciplinar com o objetivo de prestar uma assistência em saúde de qualidade ao utente. Considerava que a atuação interdisciplinar embora também comportasse uma variedade de profissionais de saúde, se sustentava num modelo em que diferentes habilidades e conhecimentos são reunidos para fornecer mais eficácia, melhor coordenação e melhores cuidados para o utente.

Num estudo de Bondesson et al. (2003), as opiniões de médicos e enfermeiras em relação à intervenção farmacoterapêutica indicam que práticas colaborativas podem ser usadas com sucesso na prática clínica para melhorar a farmacoterapia num contexto de cuidados de saúde primários.

Reportando-se ao IOM (2004), House e Havens (2017) recomendam que os profissionais de saúde melhorem a qualidade dos cuidados através do aumento da confiança, comunicação respeitosa e boas relações de trabalho.

Sabone et al. (2019), numa investigação transnacional referem que é cada vez mais evidente que a natureza da colaboração entre médicos e enfermeiros e que a mesma é fulcral para otimizar os resultados de saúde dos utentes.

Numa revisão da literatura, sobre o papel dos enfermeiros no processo de gestão de medicamentos e os fatores que contribuem para o erro nesse mesmo processo, Choo, Hutchinson e Bucknall (2010) referem que os enfermeiros são o elo final na cadeia de gestão de medicamentos e não o único elo, enfatizando também o papel de todos os profissionais envolvidos, as relações estabelecidas entre eles e o ambiente no qual o processo se desenvolve como fatores determinantes para a segurança na medicação.

Na mesma linha surgem os dados do estudo de Colette et al. (2017), os quais referem que a colaboração interprofissional é um elemento-chave na prestação de cuidados de saúde seguros e holísticos aos utentes, num contexto hospitalar de agudos.

Acrescentando ainda ao trabalho em equipa, Ghahramanian et al. (2017) enfatizam a importância da mudança na cultura de segurança em relação ao relato de erros e comunicação eficaz na equipa de saúde para ganhos em segurança e qualidade nos cuidados.

Em suma, no que respeita à interdisciplinaridade ou às articulações em díade enfermeiro-médico e enfermeiro-farmacêutico referidas pelos participantes são várias as menções na literatura a estas práticas, que são corroboradas pelos resultados desta investigação.

Contudo, abordando especificamente a relação enfermeiro-médico, Tang et al. numa revisão internacional da literatura de 2013, revelam de forma algo contrastante com o referenciado nas entrevistas efetuadas uma valorização menor da colaboração enfermeiro-médico, pois aí os médicos classificam a colaboração como menos importante do que os enfermeiros, embora avaliassem a qualidade da articulação como superior à dos enfermeiros.

Os participantes revelaram em algumas entrevistas algum desconhecimento sobre a relação passível de ser estabelecida entre enfermeiro e farmacêutico, e o mesmo tem correspondência na literatura, existindo poucos exemplos de uma colaboração formal transcrita dessa relação. Um dos poucos exemplos é trazido por Pherson et al. (2018), que num estudo retrospectivo sobre um programa piloto de acompanhamento de idosos no domicílio concluiu que a colaboração enfermeiro-farmacêutico identificou problemas relacionados com medicamentos e soluções para melhorar a qualidade de vida dos idosos, com limitações funcionais.

Na revisão da literatura sobre as interações de enfermeiros e farmacêuticos, Celio et al. (2018) referem que os farmacêuticos e os enfermeiros monitorizam, avaliam e promovem a adesão aos tratamentos, estando os farmacêuticos mais focados na eficácia, segurança e acesso ao tratamento, enquanto os enfermeiros fazem a gestão dos tratamentos em parceria com médicos.

A ocorrência de mudanças organizacionais ou políticas para que o enfermeiro assumisse um papel diferenciado no CF é outro dos resultados identificados. De algum modo este resultado vai ao encontro da opinião de Maier (2019) quando este considera que as evoluções nas competências dos enfermeiros no CF são referidas como uma inovação em saúde disruptiva, pois a atribuição de funções avançadas de enfermagem mostrou ter

implicações para os enfermeiros e equipas nas quais estão inseridos e sendo estas influenciadas por políticas e mecanismos regulatórios.

No mesmo âmbito, embora não se reportando ao CF, Niezen e Mathijssen (2014) afirmam que a introdução de profissionais de enfermagem (noutras áreas de cuidados) não requer apenas um redesenho organizacional, mas também a reformulação do profissionalismo e das fronteiras profissionais nas múltiplas camadas do sistema de saúde.

As mudanças exigidas para que o enfermeiro assuma outras funções no CF, requerem uma clara definição de papéis, e tal como Celio et al. (2018) defendem, para implementar intervenções colaborativas, as funções dos profissionais de saúde envolvidos devem estar claramente definidas pelas organizações políticas e/ou reguladoras.

Mesmo num país com uma abertura diferenciada das competências no CF a outros profissionais como o Reino Unido, Maddox et al. (2016) mencionam que na sua investigação os participantes (prescritores não médicos) vivenciaram situações em que relutaram em aceitar a responsabilidade da prescrição. As suas perceções de competência, função e risco associado influenciaram a sua decisão de prescrever. Procuraram, como consequência, soluções alternativas como atrasar a decisão de prescrição ou encaminhar o utente ao médico. Concluem referindo que as funções dos prescritores não médicos devem ser claras para profissionais e utentes e que a formação e o suporte devem ser fornecidos para permitir o desenvolvimento e aumentar a competência destes profissionais.

4.3 REVISÃO DO CONTEÚDO FUNCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO

De forma a ser possível uma revisão da intervenção do enfermeiro no CF foi motivada uma reflexão sobre as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (percecionadas pelos médicos) sobre a função que o enfermeiro assume ou pode assumir no CF interdisciplinar em Portugal.

4.3.1 Pontos Fortes

Os participantes foram unânimes no apontamento como pontos fortes dos enfermeiros no CF, tais como, a relação estabelecida entre estes e os utentes e a formação geral do profissional e da sua componente não instrumental sobretudo a disponibilidade para a colaboração e a orientação para os ganhos em saúde.

Na literatura encontramos referências concordantes com estes resultados, como por exemplo, à relevância transmitida pelos utentes e familiares que avaliaram a confiabilidade e a responsividade como muito importantes para os cuidados de enfermagem em Singapura (Ng, 2020). Esta investigação aponta ainda como importante, em linha com a atual investigação, a importância da empatia, a segurança e a capacidade de resposta dos profissionais às questões e dúvidas suscitadas. Concluindo que na aquisição de conhecimento e competências técnicas, a prática de enfermagem poderia incorporar explicitamente mais competências e habilidades não técnicas a fim de melhorar a qualidade de cuidados.

4.3.2 Pontos Fracos

As medidas para prevenir os erros de medicação e melhorar a segurança do utente devem ser elementos centrais na educação de competências sobre o CF, uma vez que essas medidas são caracterizadas pela educação integrada e abrangente ao longo do programa de estudos de enfermagem.

A experiência adquirida por estudantes de enfermagem durante a sua formação de graduação tem influência duradoura sobre a forma como percebem o seu papel no CF, sustentando a necessidade de estratégias educacionais bem estabelecidas (Vaismorandi et al., 2020). Wilson et al. (2016) vai mais além pois apresenta orientações para minimizar este ponto fraco referindo que há necessidade de preparação formativa dos profissionais de saúde para o trabalho interprofissional, defendendo uma educação clínica interprofissional deliberada, estruturada e significativa.

A aplicação prematura no ensino de enfermagem de um conjunto de estratégias de ensino no âmbito do CF é sugerida por Latimer et al. (2017). Esta aplicação prematura tem a finalidade de aumentar a confiança, a competência de cálculo de medicamentos dos

alunos, melhorar a sua compreensão do papel dos profissionais de saúde no ciclo da medicação e demonstrar como fatores do sistema podem resultar em erros de medicação, incluindo a sua prevenção. Acrescenta nesse sentido que a exposição precoce de estudantes de enfermagem à natureza complexa do CF aumenta a sua conscientização sobre a administração de medicamentos e as questões de segurança do utente. Considera que esta é a primeira etapa necessária para decretar a mudança na prática clínica, contribuindo para melhorar os resultados dos cuidados.

Uma das estratégias possíveis é apontada por Jarvill et al. (2018), que concluiu que os formadores de enfermagem podem considerar a simulação como uma estratégia útil na preparação de enfermeiros para a prática relacionada com medicamentos.

O ponto fraco pode ser, de alguma forma, explicado por uma diminuta valorização da Farmacologia e Farmacoterapia nos currículos de enfermagem em Portugal (sobretudo no que respeita à componente teórica). Numa análise breve aos planos de estudo das três maiores escolas de enfermagem do país (Coimbra, Porto e Lisboa) e apesar de uma tendência de valorização nos últimos anos, podemos observar percentagens aproximadas de 5%, 2,5% e 5% (respetivamente) do peso teórico direto da Farmacologia e Farmacoterapia nos planos de estudos destas três licenciaturas. Contrastando de alguma forma com a implicação e relevância destes conhecimentos no dia-a-dia do profissional de enfermagem, bem como, o tempo dedicado às práticas relacionadas de enfermagem no CF.

No que se prende com a comunicação interprofissional Palanisamy e Verville, (2015), consideram que a cooperação baseada na comunicação permite a partilha de informações, conhecimento para decisões aprimoradas e um cuidado otimizado para os utentes, pois no trabalho da equipa interdisciplinar, a falta de conhecimento sobre outros profissionais e as suas áreas de competências podem impedir essa colaboração. Por outro lado, consideram que a criação de oportunidades para partilha de conhecimentos e esclarecimento das posições, funções e responsabilidades dos profissionais levam a uma colaboração eficaz.

Em 2017, Tan, Zhou e Kelly concluem que a formação graduada e pós-graduada frequentada por estudantes ou profissionais de enfermagem e medicina poderão ser proveitosas para enfermeiros e médicos, sobretudo, em áreas identificadas como críticas e muitas vezes inexistentes, como é o caso, da comunicação interprofissional.

Ainda em relação às metodologias e condições de trabalho atuais, não foi encontrada sustentação na literatura, como sendo um potencial ponto fraco do ou para o enfermeiro no CF. Ao invés disso, as condições deficitárias de trabalho estão na literatura associadas a outros fatores como erros de medicação e *burnout* nos profissionais de saúde.

4.3.3 Oportunidades

Na presente investigação identificou-se que existem múltiplas oportunidades futuras para os enfermeiros no CF, como a investigação, o trabalho interdisciplinar ou em rede, os ganhos para o utente, a participação na decisão clínica, o desenvolvimento profissional e organizacional e os ganhos financeiros.

A investigação no CF por enfermeiros individualmente ou inseridos em grupos de investigação interprofissionais é, à luz da literatura publicada, em muito menor número que outros grupos profissionais. Esta investigação em concreto foi apontada como um exemplo do potencial de investigação do enfermeiro no CF, bem como, a participação mais efetiva e frequente em grupos multiprofissionais de investigação neste âmbito.

Muitas das oportunidades supramencionadas também já tinham sido referidas por Rafferty num artigo de 2018, onde os enfermeiros conseguiram, em países como o Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido, gerar mudanças - expandindo os poderes de prescrição – com alterações na regulamentação das competências profissionais, garantindo o acesso aos serviços para mais utentes e garantindo que a formação dos enfermeiros não fosse comprometida pela componente financeira dos hospitais ou sistemas de saúde. Acrescentado ainda que o investimento numa força de trabalho mais qualificada, em número suficiente e capaz de responder a todos os desafios da prática possibilitará uma proposta de valor aprimorada para a profissão (de enfermagem), para os utentes e garantirá um futuro melhor para o sistema de saúde.

Os ganhos financeiros como uma oportunidade nesta revisão de conteúdo funcional do enfermeiro no CF, são também apresentados numa experiência do Reino Unido (Graham-Clarke et al., 2019). A investigação conclui que a redução de custos pela redução de agendamentos de consultas é tida como um benefício nas avaliações de impacto. Mais recentemente, o relatório de cuidados primários da “*Health Education England*” prevê que os clínicos gerais irão tratar utentes com condições complexas, enquanto outros profissionais de saúde prestarão cuidados de rotina.

Sobre as oportunidades para trabalho interdisciplinar ou em rede, Henkin et al. (2016) após o seu estudo experimental, referem que aumentando a comunicação interprofissional direta em momentos como as discussões de caso clínico junto ao leito dos utentes, melhora a perceção do trabalho em equipa enfermeiro-médico, especialmente entre os profissionais que participam nestas partilhas.

A participação na decisão clínica é também referenciada por Lewis-Evans e Jester (2004), nos quais os enfermeiros entrevistados assumem a responsabilidade por algumas decisões clínicas como uma extensão de funções positiva para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

No que se prende com a oportunidade de desenvolvimento profissional e organizacional, Bartosiewicz e Róžański (2019), identificaram que a criação de novas oportunidades na Polónia, para os enfermeiros, está em linha com as mudanças na enfermagem, na Europa e no resto do mundo. Salienta-se que estes dados não encontram eco na presente investigação dado que era questionada a motivação para a mudança de muitos profissionais. As novas tarefas e competências podem melhorar o prestígio da profissão de enfermagem, torná-la mais atrativa para as novas gerações e encorajar os jovens a escolher a enfermagem como profissão.

Intercetando as oportunidades de participação na decisão clínica, trabalho interdisciplinar e desenvolvimento organizacional e profissional surgem os dados recolhidos do estudo de Härkänen, Blignaut e Vehviläinen-Julkunen (2018) sobre os desafios para os enfermeiros no CF. Os autores concluem que sendo os enfermeiros responsáveis por várias tarefas no CF e pela manutenção da segurança do utente ao longo de todo o processo, deve ser procurada uma colaboração eficaz entre os vários profissionais de saúde, corresponsabilizando a gestão hospitalar pela garantia de níveis adequados de dotação de pessoal e de recursos formativos para os profissionais.

4.3.4 Ameaças

Os conflitos interprofissionais possíveis, sobretudo a relação/conflito médico-enfermeiro emergem como uma ameaça ao trabalho do enfermeiro no CF. Esta realidade não é recente, uma vez que já foi descrita de forma cabal no ano de 1967, num artigo

de Leonard Stein intitulado “*The Doctor-Nurse Game*” e será provavelmente recorrente e inevitável em todos os países.

Numa revisão da literatura sobre o papel do enfermeiro, Maten-Speksnijder et al. (2014), identificaram a utilização de argumentos de eficiência e a proteção da jurisdição médica como obstáculos para o desenvolvimento da prática de enfermagem. Os autores concluem ainda que as controvérsias sobre a autonomia dos enfermeiros podem prejudicar o desenvolvimento de cuidados de enfermagem que realmente beneficiem os utentes.

Os participantes referenciaram os riscos e dificuldades associados à prescrição como uma ameaça para os enfermeiros no CF, porém estes riscos e dificuldades existem para qualquer profissional, sendo inerentes ao ato da prescrição.

Entre os riscos foram referenciados fatores como a polimedicação. Este fator é também referido por Paiva (2017) citando Lavan e Gallagher (2016) e Zhang et al. (2009), que advogam que a ocorrência de EA devido à polimedicação e a erros nas dosagens destaca-se principalmente na população idosa.

Outra ameaça referida foi a falta de motivação para assumir responsabilidades extra no CF por parte dos enfermeiros, que pode ser corroborada por exemplos recentes. Um estudo de opinião sobre a entrada em vigor das alterações às normas do CF na Polónia em 2016, concluiu que os enfermeiros polacos demonstraram uma atitude cautelosa em relação à implementação dos novos direitos (Binkowska-Bury et al., 2016).

De forma similar também o estudo realizado em 2019 por Bartosiewicz e Róžański, corrobora os resultados da presente investigação no que se prende com a pouca motivação dos profissionais mais experientes para assumir novas responsabilidades no CF. Os autores entrevistaram mais de 700 enfermeiros polacos, concluindo que a idade e a antiguidade dos profissionais entrevistados afetaram negativamente a prontidão para a aprendizagem e desenvolvimento de novas competências no CF. Enfermeiros com formação superior e qualificações adicionais manifestaram um nível superior de prontidão para prescrever medicamentos e redigir prescrições.

É assim necessário, segundo Binkowska-Bury et al. (2016), sensibilizar enfermeiros, médicos e o público em geral no que diz respeito aos novos direitos de prescrição, para desenvolver uma estratégia para implementar a iniciativa do governo e promover a consciência da necessidade de adquirir educação/formação que permita exercer o direito

de recomendar e prescrever medicamentos. É necessário garantir suporte de médicos para as necessidades relacionadas à formação e supervisão, e fomentar a autoconfiança dos enfermeiros em relação às novas tarefas.

Esta investigação não contou com uma base teórica de um modelo *ad initium*, pois nenhum dos modelos existentes parecia enquadrar a mesma de forma clara e direta.

Estes modelos sustentam a formação em enfermagem, o desenvolvimento profissional, os programas e políticas de saúde e ajudam a garantir que os enfermeiros desenvolvam a percepção e experiência sobre os cuidados de saúde. E apesar da falta de correspondência entre os modelos teóricos existentes e o conteúdo da investigação, os resultados foram encontrando em parte correspondência com o modelo de enfermagem descrito por Patricia Benner: “*From novice to expert*”.

Nesse sentido, o objetivo fundamental do enfermeiro, segundo Benner (1982) deve desejar tornar-se um especialista em cuidados de enfermagem individualizados ao longo de cinco estágios de evolução de competências e intervenções.

Nestes resultados podemos perceber correspondências com este modelo no que toca à forma como Benner descreve a complexidade dos cuidados de saúde e a necessidade de adaptação e evolução constante, enfatizando a necessidade formal de aquisição de competências ao longo da vida profissional.

Sobre as diferenças encontradas no CF quando comparados os níveis de formação dos enfermeiros, Dilles et al. (2010) referem que os profissionais com maior formação reportaram um maior número de efeitos adversos da medicação e que estes confiaram mais no conhecimento para fornecer informações sobre medicação do que enfermeiros com menor grau formativo.

Por outro lado, Benner (1982) sugere que os enfermeiros seniores ou peritos deveriam ser os mais motivados e preparados para maiores e mais diferenciados desafios profissionais, o que não parece estar em linha com os resultados nesta e noutras investigações, nos quais os enfermeiros mais seniores parecem ser os mais acomodados à função e responsabilidades já adquiridas.

CONCLUSÃO

Esta investigação visou, com os seus objetivos e resultados, contribuir de forma significativa para a criação de conhecimento e de caminhos para o debate sobre o papel dos enfermeiros nos cuidados de saúde, em especial relacionados com o CF, e concomitantemente constituir-se como fonte de dados para o projeto DeMoPhaC sobre o contexto português.

Nas últimas décadas, assistimos em Portugal à afirmação da enfermagem como profissão basilar nos cuidados de saúde e a avanços significativos em todo o mundo em relação às competências e conteúdo funcional da profissão de enfermagem de forma global e no que respeita ao CF em particular.

Como fatores catalisadores do desenvolvimento do conteúdo funcional dos enfermeiros, a nível mundial, no CF surgem: a necessidade de ser mais rápido e mais eficiente o acesso dos utentes a medicamentos; a rentabilização de conhecimentos e habilidades já existentes dos enfermeiros; um desenvolvimento consistente de profissionais especializados em enfermagem com garantia de qualidade e segurança nos cuidados prestados; uma necessidade de reduzir a carga de trabalho dos médicos; e, em alguns casos, a escassez de profissionais de saúde, nomeadamente, médicos.

Esta investigação pretendeu conhecer a visão do médico sobre a função do enfermeiro, no presente e no futuro, em Portugal no CF. Podemos concluir que os médicos entrevistados revelaram que os enfermeiros, em Portugal, têm e devem continuar a ter uma participação importante e ativa no CF interdisciplinar.

As responsabilidades e intervenções dos enfermeiros no CF podem ser enquadradas nas fases de preparação e administração, monitorização, prescrição e educação, sendo claro o grau de autonomia e relevância da intervenção dos enfermeiros nestas responsabilidades e intervenções. Excetua-se a fase de prescrição onde há divergência de argumentação e de opiniões entre os participantes e foi identificado um amplo espectro de conceções que vão desde a possibilidade de uma prescrição independente com algumas condições até à declaração da prescrição como responsabilidade exclusiva do médico.

Os participantes revelaram os requisitos a serem salvaguardados para que o enfermeiro assuma as funções no CF. São requisitos de cariz individual do enfermeiro, da equipa interdisciplinar e do contexto de intervenção e ou político. Numa perspetiva de avaliação de pontos fortes no que se prende com o papel ativo no CF dos profissionais de enfermagem, a formação geral, as *soft skills* e a relação empática e próxima estabelecida entre enfermeiro e o utente/família, são salientadas.

Nas atividades que os enfermeiros atualmente assumem ou naquelas que podem vir a assumir no CF são identificados como pontos fracos, a sua formação específica para poderem vir a realizar prescrição de fármacos, a comunicação interprofissional desenvolvida e os métodos e condições atuais de trabalho nas instituições de saúde portuguesas.

As oportunidades para o futuro dos enfermeiros no CF passam sobretudo: pela possibilidade de investigação na área, podendo esta ser exclusivamente realizada por enfermeiros ou também ela interprofissional; pela possibilidade de um trabalho interdisciplinar ou em rede, replicando aqui as práticas referidas nos cuidados de saúde primários; os ganhos para o utente a múltiplos níveis; pela participação do enfermeiro na decisão clínica; pelo desenvolvimento profissional e organizacional com o empoderamento do enfermeiro e do utente; e eventuais ganhos financeiros para o sistema com a capacitação de um recurso já existente ou financeiramente mais rentável com um aumento de responsabilidades do mesmo no CF.

No desenvolvimento da atividade de enfermagem no CF são ameaças: os conflitos interprofissionais que podem advir do aumento de responsabilidades para o enfermeiro individualmente ou pela sua redistribuição nas equipas de saúde; os riscos e dificuldades associados à prescrição pelas alterações constantes consequentes à introdução de novos fármacos, às múltiplas comorbilidades e aumento da esperança média de vida; e, a efetiva motivação dos enfermeiros para assumirem funções diferentes das atualmente assumidas.

Estes resultados, sobretudo, os que se relacionam com a análise dos pontos fortes, pontos fracos, potencialidades e ameaças ao papel do enfermeiro no CF merecem continuar a ser objeto de investigação dando, eventualmente, maior robustez aos atuais resultados.

A partir destes resultados reitera-se que foi uma investigação relevante, com implicações para a prática clínica, pois traz esperança e expectativa que sirva de catalisador

para discussão pública que resulte em desenvolvimento de competências e das responsabilidades que lhe são inerentes, do enfermeiro no CF interdisciplinar em Portugal.

Esta investigação permitiu ainda equacionar o ensino e formação em enfermagem, pela exigência de reformulação e fortalecimento das componentes teórica e prática ao nível do pré e pós-graduado nas disciplinas relacionadas com o CF. Tudo isto se o futuro vier a ditar a assunção acrescida de responsabilidades e a cimentação das já assumidas no CF pelos enfermeiros, garantindo a formação mais robusta e segura de profissionais neste domínio, gerando confiança e mais-valias para os contextos interprofissionais onde desempenham funções e para as pessoas sujeitas de cuidados.

Em simultâneo, há a convicção de se ter contribuído, de forma ativa, para a investigação em enfermagem e para a participação da enfermagem portuguesa na criação de conhecimento que se pretende que seja europeu e global.

As restrições e balizamentos da investigação, potenciados por esta se enquadrar na investigação DeMoPhaC, tais como o instrumento de colheita de dados e a amostra selecionada, conforme critérios pré-definidos, podem ser entendidas como uma limitação. Contudo, estes critérios também podem ser entendidos como potencialidades, uma vez que possibilitam uma mais fácil comparação de resultados a nível internacional.

Numa perspetiva de investigação futura será pertinente clarificar a eventual falta de motivação dos enfermeiros para assumir competências no CF, sendo que os enfermeiros deverão estar mais recetivos e elegíveis para um acréscimo de responsabilidades e modificações curriculares poderão ser necessárias para a criação de um corpo de conhecimentos mais robusto para os enfermeiros no CF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abranches, M. (2013) *Caracterização dos incidentes na administração de medicamentos num serviço de Medicina Interna*. (Tese de Mestrado). Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/12296/4/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado-%20-%20Madalena%20Abranches.pdf>
- Almanasreh, E., Moles, R. & Chen, T. (2016). The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 82(3), 645–658. <https://doi.org/10.1111/bcp.13017>
- Anoz-Jiménez, L., Ferrer-Ferrer, C., Becerril-Moreno, F., Navarro-de-Lara, S., & Estación-Díaz-de-Villegas, E. (2011). Nursing interventions as part of an integral pharmaceutical care team. *Farmacia Hospitalaria*, 35(1), 1–7. doi:10.1016/S2173-5085(11)70001-6
- Antwerpen Universiteit. (2020) (Coord.). *Development of a model for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care*. Recuperado de <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/projects/eplus-project-details/#project/2018-1-BE02-KA203-046861>
- Arcuri, E. (1991). Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. *Rev Esc Enfermagem USP*, 25(2), 229-37. doi:10.1590/0080-6234199102500200229
- Aschenbrenner, D. & Venable, S. (2012). *Study Guide for Drug Therapy in Nursing* (4a edição). Wolters Kluwer Health.
- Bartosiewicz, A. & Róžański, A. (2019). Nurse Prescribing-Readiness of Polish Nurses to Take on New Competencies-A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 7(4), 151. doi:10.3390/healthcare7040151
- Bell, M. (2016) Interprofessional Colaboration. In J. Fitzpatrick, G. McCarthy. *Nursing concept analysis: Applications to research and practice*. (pp. 201-205), Nova Iorque, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *Am J Nurs*. 82(3), 402-407.

- Binkowska-Bury, M., Więch, P., Bazaliński, D., Marć, M., Bartosiewicz, A., & Januszewicz, P. (2016). Nurse prescribing in Poland: Opinions expressed by primary care doctors, nurses, and patients. *Medicine (Baltimore)*, *95*(33), e4506. doi:10.1097/MD.00000000000004506.
- Johansson-Pajala, R. M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: a qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *34*(1), 37–45. doi:10.3109/02813432.2015.1132891
- Bodgan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora
- Bondesson, Å., Midlöv, P., Eriksson, T. & Höglund, P. (2003). Pharmacotherapeutic interventions by a multi-speciality team: opinions of the general practitioners and nurses. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *59*(1), 65–69. doi:10.1007/s00228-003-0583-5
- Bosch, B. & Mansell, H. (2015). Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian Pharmacists Journal*, *148*(4), 176–179. doi:10.1177/1715163515588106
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal* (1a edição). Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- Cabral, C. & Pita, J. (2015) *Ciclo de Exposições: Temas de Saúde, Farmácia e Sociedade. Catálogo -2. Formas e formatos dos medicamentos – a evolução das formas farmacêuticas*. Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS 20) – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia, Coimbra.
- Carollo, A., Rieutord, A. & Launay-Vacher, V. (2012). European society of clinical pharmacy (ESCP) glossary of scientific terms: a tool for standardizing scientific jargon, *Int J Clin Pharm*, *34*(2), 263-8. doi: 10.1007/s11096-012-9619-1.263–268.
- Celio, J., Ninane, F., Bugnon, O. & Schneider, M. P. (2018). Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient Education and Counseling*, *101*(7), 1175–1192. doi:10.1016/j.pec.2018.01.022

- Choo, J., Hutchinson, A. & Bucknall, T. (2010). Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 853–861. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01164.x
- Collette, A. E., Wann, K., Nevin, M. L., Rique, K., Tarrant, G., Hickey, L. A. & Thomason, T. (2017). An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 470–478. doi:10.1080/13561820.2017.1301411
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros: Lusodidacta.
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12(1), 5-15.
- De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, L. M., Bergqvist, M., Czarkowska-Paczek, B., De Santis, A., ... Dilles, T. (2020). EUPRON: nurses' practice in inter-professional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open*, 10(6), e036269. doi:10.1136/bmjopen-2019-036269
- Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A*, Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de agosto. *Diário da República n.º 167/2006, Série I*. Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Decuir-gunby, J. T., Marshall, P. L. & Mcculloch, A. W. (2011). Developing and Using a Codebook for the Analysis of Interview Data: An Example from a Professional Development Research Project. *Field Methods*, 23(2), 136–155. doi:10.1177/1525822X10388468
- Delamaire M-L. & Lafortune G. (2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Paper*, 54, 1–107.
- DeMoPhaC. (2018). *Research Protocol for Qualitative Research: Content and Project Management*. Antuérpia, Bélgica.

- Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II*.
Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Dilles, T., Vander Stichele, R., Van Rompaey, B., Van Bortel, L., & Elseviers, M. (2010). Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1072–1079. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x
- Dimitriadou, A., Lavdanti, M., Theofanidis, D., Psychogiou, M., Minasidou & E. Sarpountzi-Krepia, D. (2008). Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*. 1(3),140-146
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante*. Norma n.º 20, pp. 1-8.
- Direção Geral da Saúde. (2015a). *Relatório: Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais*, 1-55.
- Direção Geral da Saúde. (2015b). *Processo de Gestão da Medicação*. Orientação Técnica n.º 14, 1-5.
- Direção Geral de Saúde. (2015c). *Medicamentos de Alerta Máximo*. Norma n.º 14, 1-7.
- Duquia, R. & Bastos, J. (2007). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, 17, 229–232.
- Durham, B. (2015). The nurse's role in medication safety. *Nursing*, 45(4), 1–4. doi:10.1097/01.nurse.0000461850.24153.8b
- Ensing, H. T., Koster, E. S., van Berkel, P. I., van Dooren, A. A., & Bouvy, M. L. (2017). Problems with continuity of care identified by community pharmacists post-discharge. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(2), 170–177. doi:10.1111/jcpt.12488
- Faria, R., Barbieri, M., Light, K., Elliott, R. A., & Sculpher, M. (2014). The economics of medicines optimization: policy developments, remaining challenges and research priorities. *British Medical Bulletin*, 111(1), 45–61. doi:10.1093/bmb/ldu021
- Flick, U. (2009). *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1a edição). Lisboa, Portugal: Monitor.
- Fragata J. (2011). *Segurança dos doentes uma abordagem prática*. Lidel.
- Gallotti, R. (2004). Eventos adversos: o que são?. *Revista Assoc. Med. Brasileira*, 50(2), 114. doi:10.1590/S0104-42302004000200008
- Ghahramanian, A., Rezaei, T., Abdullahzadeh, F., Sheikhalipour & Z., Dianat, I. (2017). Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promotion Perspectives*, 7(3), 168–174. doi:10.15171/hpp.2017.30
- Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P. & Kroezen, M. (2014). International Journal of Nursing Studies The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048-1061. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003
- Giuliano, K. K. (2017). Improving Patient Safety through the Use of Nursing Surveillance. *Biomedical Instrumentation & Technology*, 51(s2), 34–43. doi:10.2345/0899-8205-51.s2.34
- Graham-Clarke, E., Rushton, A., Noblet, T. & Marriott, J. (2019). Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review. *PloS one*, 14(7), e0214630. doi:10.1371/journal.pone.0214630
- Green, B. N. & Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *The Journal of chiropractic education*, 29(1), 1–10. doi:10.7899/JCE-14-36
- Guerra, I. (2014). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. São João do Estoril: Principia.
- Hämel K., Toso B., Casanova A. & Giovanella L. (2020). Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciênc Saúde Coletiva*. 25(1):303-14.
- Härkänen M., Blignaut, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Focus group discussions of registered nurses' perceptions of challenges in the medication administration process. *Nurs Health Sci*, 20(4):431-437. doi: 10.1111/nhs.12432.

- Hepler, C., Strand, L. (1990) Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47: 533-43.
- Henkin, S., Chon, T. Y., Christopherson, M. L., Halvorsen, A. J., Worden, L. M., & Ratelle, J. T. (2016). Improving nurse-physician teamwork through interprofessional bedside rounding. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 201–205. doi:10.2147/JMDH.S106644
- Heczková, J. & Bulava, A. (2018). Nurses' knowledge of the medication management at intensive care units. *Nursing in the 21st Century*. 17(1):18-23.
- Heczková, J. & Dilles, T. (2020). Advanced nurses' practices related to pharmaceutical care in the Czech Republic. *Nursing in the 21st Century*, 19(3). doi:10.2478/pielxxiw-2020-0021.
- House, S. & Havens, D. (2017). Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), 165–171. doi:10.1097/nna.0000000000000460
- Hughes, R. & Blegen, M. (2008). Medication Administration Safety. In R. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); Capítulo 37. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2656/>
- Institute of Medicine (IOM) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). Washington DC, Washington (DC): National Academies Press (US). doi:10.17226/9728
- Jarvill, M., Jenkins, S., Akman, O., Astroth, K. S., Pohl, C. & Jacobs, P. J. (2018). Effect of Simulation on Nursing Students' Medication Administration Competence. *Clinical Simulation in Nursing*, 14, 3–7. doi:10.1016/j.ecns.2017.08.001
- Júnior, Á. & Júnior, N. (2011). A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência: Olhares e Pesquisa em Saberes Educacionais*, 7(7), 237-250.
- Joint Commission International (JCI). (2016) *International Patient Safety Goals (IPSGs): Targeted Solutions Tool*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission International. Recuperado de

<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>

- Kim, H. (2010). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. 13^a ed. New York: Spring Publishing Company.
- Kollerup, M. G., Curtis, T., & Laursen, B. S. (2018). Improving posthospital medication management in a Danish municipality: A process evaluation. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3603–3612. doi:10.1111/jocn.14516
- Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rødevand, E., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Zangi, H. A. (2013). Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. *Annals of the rheumatic diseases*, 72(6), 836–843. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202296
- Komatsu, H., Yagasaki, K. & Yoshimura, K. (2014). *Current nursing practice for patients on oral chemotherapy: a multicenter survey in Japan*, *BMC Research Notes*, 7(259), 1–8.
- Kreckman, J., Wasey, W., Wise, S., Stevens, T., Millburg, L., & Jaeger, C. (2018). Improving medication reconciliation at hospital admission, discharge and ambulatory care through a transition of care team. *BMJ open quality*, 7(2), e000281. doi:10.1136/bmjoc-2017-000281
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P. & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1). doi:10.1186/1472-6963-11-127
- Latimer, S., Hewitt, J., Stanbrough, R. & McAndrew, R. (2017). Reducing medication errors: Teaching strategies that increase nursing students' awareness of medication errors and their prevention. *Nurse Educ Today*, 52:7-9. doi: 10.1016/j.nedt.2017.02.004.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The*

New England journal of medicine, 324(6), 377–384.
doi:10.1056/NEJM199102073240605

Lemmens, L. C., Delwel, G. O., Meijler, A. P. & Weda, M. (2015). Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie moet beter. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 46(4), 189–195. doi:10.1007/s12439-015-0137-1

Leufer, T. & Cleary-Holdforth, J. (2013). Let's do no harm: Medication errors in nursing: Part 1. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 213–216. doi:10.1016/j.nepr.2013.01.013

Lewis-Evans, A. & Jester, R. (2004). Nurse prescribers' experiences of prescribing. *J Clin Nurs*. 13(7):796-805. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00993.x.

Lima, T., Fazan, E., Pereira, L. & Godoy, M. (2016). Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 23(1), 52-57.

Maddox, C., Halsall, D., Hall, J. & Tully, M. P. (2016). Factors influencing nurse and pharmacist willingness to take or not take responsibility for non-medical prescribing. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(1), 41–55. doi:10.1016/j.sapharm.2015.04.001

Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1). doi:10.1186/s12960-019-0429-6

Manias, E., Aitken, R., & Dunning, T. (2004). Decision-making models used by 'graduate nurses' managing patients' medications. *Journal of advanced nursing*, 47(3), 270–278. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03091.x

Marini, D., Pinheiro, J. & Rocha C. (2016) Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*, 28(2): 81-89.

Maten-Speksnijder, A., Grypdonck, M., Pool, A., Meurs, P. & van Staa, A. (2014). A literature review of the Dutch debate on the nurse practitioner role: efficiency vs. professional development. *Int Nurs Ver*, 61(1):44-54. doi: 10.1111/inr.12071.

Miasso, A. I., Elisa, A., Camargo, B. De, Grou, C. R., Para, D. E. P., Mejoras, P. & Errores, Y. P. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: identi-

- ficação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 354-363. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300008>
- Miranda, R. J. P. (2009). *Qual a relação entre o pensamento crítico e a aprendizagem de conteúdos de ciências por via experimental?: um estudo no 1o Ciclo*. (Tese de Mestrado) Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/5489>
- Morak, S., Vogler, S., Walser, S. & Kijlstra, N. (2010). *Understanding the Pharmaceutical Care Concept and Applying it in Practice: Results of a scoping exercise*. Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Health.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Managing medicines in care homes*, Social care guideline.
- Ng, L. K. (2020). The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Education Today*, 85, 104302. doi:10.1016/j.nedt.2019.104302
- Niezen, M. G. H. & Mathijssen, J. J. P. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 117(2), 151–169. doi:10.1016/j.healthpol.2014.04.016
- Northumberland Tyne and Wear NHS Foundation Trust. (2016). *Medicines Management Competencies for Nurses*.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. OE, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento da Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23, 10087 – 10090.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. World Health Organization. WHO/MNC/03.01; 17-18.

- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization, Licence: CC BY-NC-SA, 3.0 IGO.
- Paiva, S. (2017) *Eventos adversos nos hospitais portugueses: Avaliação da potencial associação com os diagnósticos de admissão e procedimentos realizados*. (Tese de Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Palanisamy, R. & Verville, J. (2015). Factors Enabling Communication-Based Collaboration in Interprofessional Healthcare Practice. *International Journal of e-Collaboration*, 11(2), 8–27. doi:10.4018/ijec.2015040102
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. (Sage, Ed.) (4a Edição). Thousand Oaks, CA.
- Pereira, I.M.O. (2015). Proposta de intervenção interdisciplinar para a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Liph Science*; 2(2):21-40.
- Pherson, E., Roth, J., Nkimbeng, M., Boyd, C. & Szanton, S. L. (2018). Ensuring safe and optimal medication use in older community residents: collaboration between a nurse and a pharmacist. *Geriatric Nursing*, 39(5), 554-559. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.03.004.
- Pirinen, H., Kauhanen, L., Danielsson-Ojala, R., Lilius, J., Tuominen, I., Díaz Rodríguez & N., Salanterä, S. (2015). Registered Nurses' Experiences with the Medication Administration Process. *Advances in Nursing*, 2015(941589), 1–10. doi:10.1155/2015/941589
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5a Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. (2012). *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. de. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2a Edição). Novo Hamburgo: Feevale.

- Rafferty, A.M. (2018). Nurses as change agents for a better future in health care: the politics of drift and dilution. *Health Econ Policy Law*, 13(3-4):475-491. doi: 10.1017/S1744133117000482.
- Reeves, S., Macmillan, K. & Van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 258–264. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01077.x
- Sabone, M., Mazonde, P., Cainelli, F., Maitshoko, M., Joseph, R., Shayo, J., Morris, B., Muecke, M., Wall, B. M., Hoke, L., Peng, L., Mooney-Doyle, K., & Ulrich, C. M. (2020). Everyday ethical challenges of nurse-physician collaboration. *Nursing ethics*, 27(1), 206–220. doi:10.1177/0969733019840753
- Sezgin, D., Mert, H., Özpelit, E. & Akdeniz, B. (2017). The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 17–26. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.013
- Silva, A., Sousa, D., Perraud, E., Oliveira, F. & Martins, B. (2018). Pharmacotherapeutic follow-up in a respiratory intensive care unit: description and analysis of results. *Einstein (São Paulo)*, 16(2). doi:10.1590/s1679-45082018ao4112
- Silvestre, C. C., Santos, L. M. C., de Oliveira-Filho, A. D. & de Lyra, D. P. (2017). “What is not written does not exist”: the importance of proper documentation of medication use history. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(5), 985–988. doi:10.1007/s11096-017-0519-2
- Siple, J. (1994). *Drug Therapy and the Interdisciplinary Team: A Clinical Pharmacist's Perspective. Generations: Journal of the American Society on Aging*, 18(2), 49-53.
- Smeulders, M., Onderwater, A. T., van Zwieten, M. C. B. & Vermeulen, H. (2014). Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 22(3), 276–285. doi:10.1111/jonm.12225
- Souza, M. T. De, Dias, M. & Carvalho, R. De. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8(1), 102-106.
- Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Arch Gen Psychiatry*, 16(6):699-703. doi: 10.1001/archpsyc.1967.01730240055009.

- Strand, L. M. (1990). Pharmaceutical care and patient outcomes: notes on what it is we manage. *Topics in Hospital Pharmacy Management*, 10(2), 77–84.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5a Edição). Loures: Lusodidacta.
- Sutton, J. & Austin, Z. (2015). Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management, *Can J Hosp Pharm*. 68(3): 226–231. doi:10.4212/cjhp.v68i3.1456
- Tan T.C., Zhou H. & Kelly M. (2017). Nurse-physician communication - An integrated review. *J Clin Nurs*. 26(23-24):3974-3989. doi: 10.1111/jocn.13832.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302. doi:10.1111/inr.12034
- Vaismoradi, M., Griffiths, P., Turunen, H. & Jordan, S. (2016). Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. *Journal of Nursing Management*, 24(7), 970–980. doi:10.1111/jonm.12387
- Vaismoradi, M., Jordan, S., Vizcaya-Moreno, F., Friedl, I., Glarcher, M. (2020). PRN Medicines Optimization and Nurse Education. *Pharmacy (Basel)*. 26;8(4):201. doi: 10.3390/pharmacy8040201.
- Van Mil, J. W. & Fernandez-Llimos, F. (2013). What is 'pharmaceutical care' in 2013?. *Pharmacy practice*, 11(1), 1–2.
- Verloo, H., Chiolero, A., Kiszio, B., Kampel, T. & Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: a systematic review. *Age and Ageing*, 46(5), 747–754. doi:10.1093/ageing/afx076
- Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di Donato, B., Giorgi, F., Landi, L., Salustri, E., Turci, C., & Proietti, M. G. (2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4456–4466. doi:10.1111/jocn.13776
- Volpe, C.R.G., Melo, E.M.M., Aguiar, L.B., Pinho, D.L.M. & Stival M.M. (2016). Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 24, 2742. doi:10.1590/1518-8345.0305.2742.

Wilson, A.J., Palmer, L., Levett-Jones, T., Gilligan, C. & Outram, S. (2016). Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *J Interprof Care*. 30(5):649-54. doi: 10.1080/13561820.2016.1191450.

Zimmermann, A., Cieplikiewicz, E., Wąż, P., Gaworska-Krzemińska, A. & Olczyk, P. (2020). The Implementation Process of Nurse Prescribing in Poland-A Descriptive Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2417. doi:10.3390/ijerph17072417

ANEXOS

Anexo I – Guião de Entrevista

Guião de Entrevista: Análise SWOT sobre o papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico interdisciplinar em 14 países europeus: um estudo qualitativo

Instruções baseadas nas discussões durante o programa de estudo intensivo - Antuérpia, 2018:

- O modelo que foi desenvolvido antecipadamente não será mostrado aos participantes;
- Os participantes serão inicialmente motivados a refletir de forma ampla sobre responsabilidades, intervenções e interações dos enfermeiros. Depois, vamos solicitar para refletir sobre as mesmas questões utilizando os conteúdos específicos do modelo relacionado a cada questão;
- O entrevistador deve referir claramente as definições dos conceitos utilizados e orientar o participante a compreender as perguntas e respondê-las dentro do âmbito da investigação.
- Nenhum documento de suporte pode ser enviado para os participantes previamente à entrevista;
- Todos os entrevistadores devem ser transparentes sobre a seleção dos especialistas/casos críticos/"Key speakers", aplicando as técnicas aprendidas no programa de estudo intensivo;
- Todos os dados devem ser armazenados de forma segura até que o coordenador do projeto declare explicitamente que os dados podem ser eliminados;
- Quaisquer problemas durante a colheita ou análise dos dados devem ser reportados ao coordenador do projecto;
- Recomendamos que cada entrevistador anote as responsabilidades, intervenções e interações relatadas pelos participantes de forma estruturada durante a entrevista.

Introdução

- Acolher o participante: “Olá, seja bem-vindo. Obrigado por estar aqui hoje e estar disposto a fazer parte desta investigação, participando nesta entrevista.”
- Descrever o estudo: O meu nome é José Miguel Sousa Pedro Seguro, sou estudante de mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e investigador.

Esta entrevista faz parte da colheita de dados de um projeto europeu em larga escala sobre o papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico interdisciplinar. Enfermeiros, médicos e farmacêuticos de diferentes instituições e contextos de saúde serão entrevistados.

O objetivo da investigação é desenvolver um modelo geral orientador para o papel do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico interdisciplinar, a fim de melhorar a colaboração e os cuidados prestados.

Só uma breve contextualização: Entendemos sucintamente por cuidado farmacoterapêutico - tudo o que envolve: a avaliação da necessidade do doente, a prescrição, o armazenamento, a preparação e a administração do medicamento, a avaliação dos efeitos terapêuticos e adversos, a educação/formação do doente para a auto-medicação e o follow-up e verificação da adesão ao tratamento.

O papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico interdisciplinar não é transparente e varia entre os vários países europeus. Da mesma forma, na educação do enfermeiro, falta uma descrição clara dos resultados específicos da aprendizagem, e os conteúdos formativos sobre os cuidados farmacoterapêuticos variam muito. Além disso, a correspondência com as necessidades do mercado de trabalho e da sociedade revela-se insuficiente. A falta de transparência e reconhecimento, juntamente com a variação entre os países, na prática e educação de enfermagem tem um grande impacto. Dificulta a colaboração em diferentes níveis: colaboração interdisciplinar na prática clínica; colaboração transnacional em investigação, educação e inovação na Europa; mobilidade laboral dos enfermeiros. Como resultado, a segurança do doente é ameaçada, o desenvolvimento e a inovação não são tão ágeis e os orçamentos de saúde não são usados da forma mais eficiente.

Numa análise preliminar dos dados do projeto EUPRON (de 3300 enfermeiros europeus, médicos e farmacêuticos), que deu origem ao DeMoPhaC, estes mostram que qua-

se todos os participantes estão convencidos do impacto positivo sobre a qualidade dos cuidados de um maior envolvimento dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico. Além desta percepção, a comunicação interprofissional revelou um resultado de 5,2/10, uma pontuação alarmante dada a ligação entre a segurança do doente e comunicação interprofissional.

(...)

Queremos que reflita sobre o papel ideal dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico interdisciplinar. O que seria ideal nos cuidados farmacoterapêuticos? Em seguida, pedir-lhe-emos que reflita sobre o contexto da prática clínica e os pré-requisitos para implementar esse papel. Procurando estruturar e solicitando na sua opinião: as forças e fraquezas do papel dos enfermeiros hoje e, sobre as oportunidades e ameaças no futuro. Vamos concentrar-nos no papel dos enfermeiros, não no papel de outros profissionais de saúde.

Não existem respostas corretas ou erradas sobre as questões que colocarei. É importante que descreva a sua opinião pessoal sobre o tema.”

- Explicando o curso /procedimento da entrevista: “Esta entrevista será gravada em áudio. Permite-o?”

Após a entrevista esta será transcrita e analisada sem referência ao seu nome ou outros nomes que possa ter mencionado durante a entrevista. Posso começar a gravação?”

- Pedir consentimento informado, fornecer ao participante tempo para ler o documento na totalidade.

“Posso pedir que assine um formulário de 'consentimento informado'? Significando que foi informado sobre o estudo, que teve tempo suficiente para fazer perguntas, que vai participar voluntariamente e que pode suspender sua participação em qualquer momento sem dar qualquer justificação.

(...)

Podemos interromper a entrevista sempre que considerar oportuno, solicite uma paragem se o pretender.”

TÓPICO 1

Quando falamos em cuidado farmacoterapêutico, queremos que reflita sobre a contribuição dos profissionais de saúde para a otimização da utilização de medicamentos e maximização de ganhos em saúde.

Na sua opinião, em relação ao papel ideal do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico:

- Quais as responsabilidades que fariam parte desse papel? O que implicariam essas responsabilidades?

Considerando as quatro responsabilidades que se seguem, gostaria de alterar, acrescentar ou remover alguma delas do papel ideal do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico?

Responsabilidades:

- **Monitorização e acompanhamento dos efeitos terapêuticos e efeitos adversos da farmacoterapia;**
- **Monitorização e acompanhamento da adesão terapêutica;**
- **Tomada de decisões na utilização de medicamentos, incluindo a prescrição de medicamentos e excluindo a preparação e administração de medicamentos;**
- **Educação/Formação do doente sobre a utilização de medicamentos.**

TÓPICO 2

Dentro das responsabilidades, queremos também definir as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros.

Na sua opinião e relacionando com as responsabilidades anteriormente definidas sobre o cuidado farmacoterapêutico:

- Que intervenções específicas deverão os enfermeiros desenvolver no cuidado farmacoterapêutico interprofissional?
- Considerando as intervenções que se seguem, gostaria de alterar, acrescentar ou remover alguma delas do papel ideal do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico?

<p style="text-align: center;">Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none">- Deteção de alterações do estado de saúde e avaliação das necessidades do doente;<ul style="list-style-type: none">- Registo dos fármacos e efeitos da farmacoterapia;- Comunicação interprofissional (incluindo “reportar”, alertar e discutir);<ul style="list-style-type: none">- Comunicação com o doente;- Intervenção em caso de emergência;<ul style="list-style-type: none">- “Follow-up”;- Suporte para a auto-medicação;- Prescrição de enfermagem dependente de protocolo;<ul style="list-style-type: none">- Prescrição de enfermagem independente;- “Reportar” erros de medicação e problemas de segurança relacionados com os medicamentos.

TÓPICO 3

Cuidado farmacoterapêutico interprofissional com nível de qualidade elevado pressupõe acordos na interação entre enfermeiros, médicos e farmacêuticos.

Como poderíamos descrever a comunicação/colaboração ideal entre enfermeiros e outros profissionais de saúde visando um cuidado farmacoterapêutico de qualidade superior?

- Na sua opinião, dentro do âmbito do cuidado farmacoterapêutico, como se deve processar a comunicação/colaboração na equipa interprofissional?
- Considerando as interações seguintes, gostaria de alterar, acrescentar ou remover alguma delas do papel ideal do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico?

Interações:

- **Enfermeiros relatam observações a médicos e farmacêuticos;**
- **Médicos dão informações e instruções/indicações aos enfermeiros;**
- **Farmacêuticos aconselham os enfermeiros.**

TÓPICO 4

Após a reflexão sobre as responsabilidades e as intervenções dos enfermeiros, e as interações e a comunicação dos enfermeiros com os outros profissionais de saúde. Pretendemos que reflita sobre os pré-requisitos para tornar real esse modelo.

Considerando todas as responsabilidades, intervenções e interações interdisciplinares:

- Quais os pontos fortes (forças) do papel do enfermeiro cuidado farmacoterapêutico interprofissional? O que está a ser bem feito agora? O que gostaria de manter?

- Quais os pontos fracos (fraquezas) do papel do enfermeiro cuidado farmacoterapêutico interprofissional? O que não está a ser bem feito agora? O que gostaria de modificar?

- Se pudéssemos trazer para a prática o modelo ideal do papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico, quais serão as oportunidades? O que facilitaria a implementação? Quais serão as circunstâncias favoráveis?

- Se pudéssemos trazer para a prática o modelo ideal do papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico, quais serão as ameaças? O que dificultaria a implementação? Quais serão as circunstâncias desfavoráveis?

(...)

Conclusão:

“Obrigado, novamente, por se ter disponibilizado a participar nesta investigação.”

Anexo II – Questionário Caraterizador da Amostra

DeMoPhaC

Análise SWOT sobre o papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico interdisciplinar em 14 países europeus: um estudo qualitativo

Caracterização da Amostra

Faça um círculo sobre a opção correta e escreva os números em numeração árabe nos espaços assinalados

Número do entrevistado: _____ (a preencher pelo entrevistador)

Profissão:

- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Médico

Contexto de cuidados de saúde em que exerce a profissão:

Cuidados Hospitalares

- Cuidados de Saúde Primários
- Unidades de Cuidados Continuados/Instituições de Assistência a Idosos
- Cuidados Domiciliários

Género:

- Masculino
- Feminino
- Outro

Idade: _____

Em que ramo profissional se encontra mais dedicado:

- Prática Clínica
- Investigação
- Política/ Políticas (por exemplo: Ordem Profissional)
- Educação

Anos de experiência no ramo suprarreferido: _____

Horas por semana, em média, em que o seu trabalho está relacionado com o cuidado farmacoterapêutico: _____

Anexo III – Parecer da Comissão Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Parecer Nº 543/ 12-2018

Título do Projecto: A SWOT analysis on the role of nurses in interprofessional pharmaceutical care in Europe: a qualitative study

Identificação das Proponentes

Nome(s): Luís Manuel Cunha Batalha, Maria Isabel Domingues Fernandes, Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, José Miguel Sousa Pedro Seguro, Susana Simões Calhindo, Inês Simões Pereira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E

Investigador Responsável/Orientador: Luís Manuel Cunha Batalha, Maria Isabel Domingues Fernandes, Paulo Alexandre Carvalho Ferreira e Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Parecer

O cuidado farmacoterapêutico definido como a prática dos cuidados em que o doente é o principal beneficiário das ações dos profissionais de saúde pode ter como intervenientes diferentes profissionais de saúde. Assim, como objetivos deste projeto pretende-se descrever a função dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico, do ponto de vista dos enfermeiros, médicos e farmacêuticos em diferentes países europeus. Por outro lado, a análise das experiências de colaboração interprofissional com enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico também será alvo de estudo neste projeto. Desta forma os autores definem como objetivo do estudo a descrição das competências necessárias para que os enfermeiros desempenhem a sua função no cuidado farmacoterapêutico no seio da equipa interprofissional.

A data prevista de início de colheita de dados encontra-se agendada para fevereiro de 2019 e o término será a junho de 2019. Será um estudo qualitativo descritivo e transversal. A amostra será composta por enfermeiros, médicos e farmacêuticos a exercerem funções em contexto hospitalar, em cuidados de saúde primários, cuidados continuados, instituições de apoio a idosos e domiciliário. A amostra será obtida de forma intencional e com adesão voluntária à realização de uma entrevista. Encontram-se definidos os critérios de inclusão e exclusão e está assegurada a confidencialidade dos dados obtidos. O estudo não possui qualquer risco.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Data: 16/01/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



DOCUMENTO PARA CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Uma análise SWOT sobre o papel do enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico inter-profissional em 14 países europeus: um estudo qualitativo

Para ser assinado e preenchido pelo participante:

- Declaro que fui informado de maneira clara sobre a natureza, o método e o propósito da investigação.
- Tive a oportunidade e o tempo para fazer perguntas sobre a investigação.
- Recebi uma resposta satisfatória para todas as minhas perguntas.
- Tive tempo suficiente para pensar sobre minha participação no estudo.
- Dou permissão para analisar os dados por mim fornecidos, sem o meu nome para os fins descritos acima. Entendo que meus dados pessoais serão anónimos e que não haverá mais nenhuma associação entre meus dados pessoais e a informação recolhida. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados, a minha privacidade será respeitada. Qualquer informação incorreta pode ser corrigida a meu pedido. Os meus dados pessoais nunca serão comunicados a qualquer outro país que participe na investigação.
- Tenho o direito de inspecionar a informação por mim fornecida.
- Entendo que as gravações de áudio e sua edição serão usadas apenas para análise.
- Estou ciente de que a Comissão de Ética E:UICISA aprovou esta pesquisa.
- Declaro que aceito voluntariamente participar deste estudo e me reservo o direito de encerrar minha participação nesta investigação a qualquer momento sem dar qualquer razão.

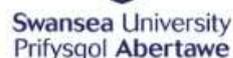
Nome do Participante:

Assinatura do Participante:

Data:

Anexo V – Documento de Informação sobre o estudo para participantes

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



UNIVERZITA KARLOVA

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PARTICIPANTES

**Análise SWOT* sobre o papel dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico
interdisciplinar em 14 países europeus: um estudo qualitativo**

*SWOT (*Strengths* – “Pontos fortes”, *Weaknesses* – “Pontos fracos”, *Opportunities* – “Oportunidades” e *Threats* – “Ameaças”).

Antes de concordar em participar nesta investigação revela-se importante a leitura deste documento.

Este documento informativo contém informação necessária para o esclarecimento do conteúdo e garantir o envolvimento do participante na investigação.

Esta investigação é uma colaboração internacional no âmbito do programa Erasmus, liderada pela Prof. Dra. Tinne Dilles da Universidade de Antuérpia -Bélgica.

A representação portuguesa é garantida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – ESEnfC.

Vimos por este meio convidá-lo a participar de forma voluntária nesta investigação.

Parte 1

Resumo - Nesta investigação internacional de grande escala, investigamos os pontos fortes e fracos do papel atual dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico, e as oportunidades e ameaças para o futuro a partir das perspectivas de enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Esta investigação decorre em 14 países europeus: Bélgica, República Checa, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Macedónia, Holanda, Noruega, Portugal, Eslováquia, Eslovénia, Espanha e Reino Unido (Inglaterra e País de Gales).

Em cada país, investigadores vão entrevistar enfermeiros, médicos e farmacêuticos que tenham conhecimento, compreensão e experiência/prática relevante no cuidado farmacoterapêutico. Esta entrevista irá requerer aproximadamente 45 minutos - 60 minutos do seu tempo.

Usaremos as informações recolhidas para explorar como o papel dos enfermeiros pode alterar para atender às crescentes necessidades dos cuidados de saúde.

Este estudo é coordenado pela NuPhaC (*Nursing and Pharmaceutical Care*), um consórcio de especialistas da Universidade de Antuérpia, na Bélgica, e da Universidade de Utrecht, na Holanda, e financiado pela Comissão Europeia (Programa Erasmus+).

Para consentir o seu envolvimento na investigação, deve reservar um tempo para ler este documento informativo. Por favor, não hesite em contactar os responsáveis pela investigação (contactos no final do documento) para mais informações.

Se decidir participar na investigação, poderá desistir da mesma a qualquer momento e será apoiado ao fazê-lo.

Qual é o objetivo do estudo? O objetivo é desenvolver um modelo para otimizar o trabalho interprofissional no cuidado farmacoterapêutico. Perguntamos: a partir das perspectivas de enfermeiros, médicos e farmacêuticos, quais são os pontos fortes e fracos do papel dos enfermeiros na Europa hoje? E quais são as oportunidades e ameaças para o futuro?

Qual o motivo da sua seleção? Foi solicitada a sua participação na investigação (conceder uma entrevista) porque é um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou farmacêutico) com experiência relevante na área do cuidado farmacoterapêutico, desempenhando funções em Portugal.

Horário e local das entrevistas? Horários e locais mutuamente convenientes serão organizados para as entrevistas.

Tenho que participar? A sua participação é totalmente voluntária.

Cabe a si decidir se deseja ou não participar nesta investigação. Se desejar colaborar, não hesite em entrar em contato connosco. Os investigadores fornecerão mais informações.

O que vai acontecer se participar? Se desejar participar na investigação, solicitaremos opiniões e respostas pessoais sobre o cuidado farmacoterapêutico.

Cada entrevista individual levará de 45 a 60 minutos para ser concluída. Se a qualquer momento você quiser parar ou interromper a sua participação poderá fazê-lo. Com a sua permissão, gravaremos e transcreveremos a entrevista individual para não perdermos nenhuma informação importante. Faremos durante a entrevista anotações escritas, mas não associaremos os seus dados pessoais às informações fornecidas. Os seus dados apenas constarão no formulário de consentimento informado. Todas as informações de pesquisa serão mantidas protegidas em local trancado ou em computador protegido por palavra-passe.

A confidencialidade será mantida e as informações identificáveis não serão publicadas em nenhuma altura da investigação.

Quais são as possíveis desvantagens e riscos de participar? Não prevemos nenhum risco para a sua saúde física ou emocional.

Não existem perguntas de natureza pessoal. No entanto, caso qualquer preocupação seja levantada, o entrevistador sugerirá recursos ou contactos apropriados.

Não podemos pagar pela participação nesta investigação.

Quais são os possíveis benefícios de participar? Este projeto visa proporcionar benefícios a longo prazo aos utentes/residentes/ utilizadores dos serviços de saúde, considerando as visões dos profissionais de saúde e outros envolvidos. Terá hipótese de discutir o que acha relevante sobre este tema com o(s) investigador(es). As informações obtidas nesta investigação contribuem para uma melhor compreensão do papel dos enfermeiros em toda a Europa. Com base nas informações fornecidas, um modelo interprofissional será desenvolvido.

O que fazer a seguir? Se não deseja participar, não há necessidade de fazer nada.

Se gostaria de estar envolvido nesta investigação ou simplesmente quiser obter mais informações, entre em contacto connosco usando os contactos abaixo indicados.

Poderá encontrar mais informações na Parte II deste documento ou visitando o endereço: www.nuphac.eu

Se decidir participar nesta investigação, será solicitado por escrito o seu consentimento (em formulário próprio). Não sendo esse um documento vinculativo. Mantendo o participante liberdade para abandonar a investigação a qualquer momento. Se desejar, qualquer informação fornecida respeitante ao seu envolvimento pode ser destruída.

Parte Dois

E se existir algum problema? Este projeto possui uma apólice de seguro associada em nome da Universidade de Antuérpia (Bélgica).

O que acontece se pretender abandonar a participação na investigação? Como participante voluntário nesta investigação, pode desistir a qualquer momento. Não terá que dar um motivo. Quaisquer dados não identificáveis serão usados, a menos que solicite o contrário.

O que acontece quando a investigação terminar? Este é um projeto com a duração de 12 meses. Quando o estudo estiver completo e os dados forem explorados, será apresentado um resumo da pesquisa e dos resultados. Se se forem fornecidos detalhes de contacto, será possível a transmissão dos relatórios do estudo.

As informações recolhidas das entrevistas serão utilizadas para desenvolver propostas para mais pesquisas e desenvolvimentos políticos. Para garantir que esta investigação beneficie posteriores pesquisas e práticas, os resultados podem ser apresentados em seminários e conferências. Pode, também, ser alvo de publicação em trabalhos académicos.

As fontes das informações fornecidas não serão identificáveis. Quando o projeto estiver concluído, todos os dados identificáveis serão destruídos. Os dados anónimos serão armazenados com segurança.

A participação na investigação será mantida em sigilo? Sim. A participação de cada entrevistado será mantida em sigilo e todos os dados pessoais serão armazenados de forma segura. Os dados potencialmente identificativos aparecerão apenas no seu formulário de consentimento informado. A gravação de áudio não estará disponível para ninguém de fora da equipa de investigação e terá todos os dados identificáveis removidos. Nenhum dado identificável será publicado e quaisquer citações usadas serão sem referências aos mesmos. Todos os participantes receberão um número de estudo para garantir a confidencialidade. Todo o manuseio e armazenamento de dados estará em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados português e será armazenado num computador protegido por palavra-passe.

Quem reviu esta investigação? Como representa uma investigação académica será continuamente revisto pela equipa de investigação. Este estudo foi avaliado por uma Comissão de Ética independente, o Comité de Ética em Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Antuérpia, que emitiu um parecer favorável em 30 de outubro de 2018. E posteriormente avaliado com parecer igualmente positivo pela Comissão de Ética da UICISA:E (da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Obrigado pelo tempo despendido a ler estas informações.

José Miguel Sousa Pedro Seguro, MSc (C)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
jmseguero@hotmail.com

+351913350884

Maria Isabel Domingues Fernandes, PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
isabelf@esenfc.pt

Luís Manuel da Cunha Batalha, PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
batalha@esenfc.pt