

Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem

Perceptions of portuguese family health care teams regarding the expansion of nurses' scope of practice

Percepciones de los equipos de salud familiar portugueses sobre la extensión de competencias de la enfermería

Marta Alexandra Fartura Braga Temido*; Isabel Craveiro**; Gillles Dussault***

Resumo

Enquadramento: O alargamento do campo de exercício do enfermeiro de cuidados primários tem constituído uma estratégia utilizada em diversos sistemas de saúde com ganhos conhecidos. A sua exequibilidade depende do consenso dos profissionais de saúde sobre a sua adequação.

Objetivos: Conhecer as perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício do enfermeiro de cuidados primários.

Metodologia: Grupos focais.

Resultados: Na perceção das equipas, as expectativas dos cidadãos, a escassez de enfermeiros e a necessidade de formação específica são os principais problemas a enfrentar. As equipas discutiram vários papéis que a profissão de enfermagem poderia assumir em Cuidados de Saúde Primários (CSP), mediante uma reorganização do trabalho, enquadrada normativamente.

Conclusão: A atribuição de papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP não reúne unanimidade, por ser percebida, por alguns médicos e enfermeiros, como desajustada e iníqua. Algumas equipas de saúde manifestaram disponibilidade para aderir a esta opção, face ao seu potencial contributo para melhorar a resposta a necessidades assistenciais atualmente não satisfeitas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; prática avançada de enfermagem; percepção; equipe de assistência ao paciente.

Abstract

Theoretical framework: Expanding primary health care nurses' scope of practice is a strategy that has been used in various health systems to good advantage. Its feasibility depends on the health professionals' consensus as to its suitability.

Objectives: To find out the perceptions of Portuguese family health care teams regarding the expansion of primary care nurses' scope of practice.

Methodology: Focus groups.

Results: The team perception is that citizen expectations, the shortage of nurses and the need for specific training are the main issues to be faced. The teams discussed various roles that the nursing profession could take on in Primary Health Care (PHC) via a work reorganisation included in the regulatory framework.

Conclusion: The assignment of wider clinical roles to PHC nurses is not unanimously approved of, since it is perceived by some doctors and nurses as inappropriate and unfair. Some health care teams expressed their willingness to take part in this option, due to its potential contribution to improving the response to care needs not currently being met.

Keywords: primary health care; advanced nursing practice; perception; patient care team.

* Ph.D., Saúde Internacional. Administradora hospitalar, Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Rua Padre Américo, 3060-186, Cantanhede, Portugal [martatemido@gmail.com]. Contribuição no artigo: conceção do estudo, pesquisa bibliográfica, colheita, análise e discussão de dados e redação do manuscrito. Morada para correspondência: Rua Ernesto Sena Oliveira n.º 34-3.º A, 3030-378, Coimbra, Portugal.

** Ph.D., Saúde Internacional. Investigadora auxiliar, Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, 1349-008 Lisboa, Portugal [isabelc@ihmt.unl.pt]. Contribuição no artigo: desenho do estudo, colheita e análise de dados e na revisão do manuscrito.

*** Ph.D., Saúde Internacional. Professor catedrático convidado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, 1349-008 Lisboa, Portugal [gillesdussault@ihm.unl.pt]. Contribuição no artigo: desenho do estudo, análise e discussão de dados e revisão geral do manuscrito.

Resumen

Marco contextual: La extensión de la práctica de enfermería en atención primaria ha sido una estrategia utilizada en diferentes sistemas de salud con beneficios conocidos. Su factibilidad depende, en particular, del consenso de los profesionales de salud sobre su idoneidad.

Objetivos: Comprender las percepciones de los equipos de salud familiar portugueses sobre la extensión de la práctica de enfermería en atención primaria.

Metodología: Grupos de enfoque.

Resultados: La investigación reveló que, para estos equipos, las expectativas de los ciudadanos, la escasez de enfermeras y la necesidad de formación son los principales problemas a enfrentar. Los equipos discutirán varios papeles que la profesión de enfermería en atención primaria podría asumir, a través de una reorganización encuadrada normativamente.

Conclusión: La asignación de funciones clínicas más amplias a la profesión de enfermería en atención primaria no congrega unanimidad, puesto que, algunos médicos y enfermeras, la interpretan como desplazada e inícu. Algunos equipos manifestaran disponibilidad para adherirse a esta opción, por su contribución eventual a la mejora de la respuesta a necesidades asistenciales actualmente desatendidas.

Palabras clave: atención primaria de salud; enfermería de práctica avanzada; percepción; grupo de atención al paciente

Recebido para publicação em: 11.11.14

Aceite para publicação em: 30.04.15

Introdução

A melhoria da eficiência resultante da combinação de recursos humanos constitui um dos mais importantes desafios com que os sistemas de saúde se confrontam. A modificação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, designadamente através do alargamento do campo de exercício profissional do enfermeiro de CSP, tem sido uma das opções mais discutidas neste contexto. Países como o Canadá e o Reino Unido registam longa experiência de avaliação na matéria. Várias revisões sistemáticas da literatura sobre a substituição de médicos por enfermeiros em atividades específicas em contexto de CSP revelaram que, em condições adequadas, os enfermeiros podem fornecer cuidados de qualidade equivalente aos prestados por médicos, com ganhos em termos de satisfação dos doentes mas registando maior consumo de recursos (Delamair & Lafortune, 2010; Laurant et al., 2009). Alguns estudos referiram mesmo que entre 30% e 70% do trabalho desempenhado por médicos poderia ser realizado por enfermeiros, sublinhando, porém, que a exequibilidade da transferência de tarefas não podia ser confundida com o seu custo-efetividade apenas com base na ideia de que os custos do trabalho de enfermagem eram mais baixos do que os do trabalho médico, sendo necessário avaliar o tempo e o volume de recursos consumido por um e pelo outro grupo, bem como a eventual necessidade de formação e de supervisão adicionais (Richardson & Maynard, 1995).

As análises da composição da força de trabalho presente no sistema de saúde português (rácio enfermeiro/médico de 1,5) indiciam uma combinação ineficiente de recursos humanos, com uma forte dependência do trabalho médico e um campo de exercício limitado da profissão de enfermagem (Dussault & Fronteira, 2010). Esta realidade é particularmente visível no domínio dos CSP, base do sistema público de cuidados de saúde, refletindo-se em estrangulamentos de acesso e qualidade, que, no ano de 2013, se traduziam em cerca de um milhão de portugueses sem médico de família e em um consumo desajustado de cuidados hospitalares pelas doenças crónicas de maior prevalência. A necessidade futura de reforçar a esfera de intervenção dos CSP (v.g., mudanças epidemiológicas) permite estimar que estes desequilíbrios entre oferta e procura tenderão a agudizar-se.

O desenvolvimento do papel do enfermeiro de CSP e, concretamente, do enfermeiro de família pode contribuir para solucionar alguns dos problemas identificados. Em 2000, Portugal foi um dos estados europeus signatários da Declaração de Munique, na qual se assumiu o compromisso de apoiar a criação do papel de enfermeiro de família, tal como definido pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2000). Em 2011, a Ordem dos Enfermeiros estabeleceu o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar e, em 2012, o Ministério da Saúde constituiu um grupo de trabalho para preparar a legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família. Os resultados desta iniciativa traduziram-se, depois, na publicação de um diploma que atribuiu à Direção-Geral da Saúde a identificação das áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados entre o enfermeiro de família e outros profissionais e às Administrações Regionais de Saúde (ARS) a implementação da atividade deste profissional através de experiências piloto a realizar no segundo semestre de 2014. No início de 2015, foram definidas as 35 unidades funcionais do SNS onde as referidas experiências irão ser desenvolvidas.

À data, é desconhecido se as responsabilidades que se pretende vir a atribuir ao enfermeiro de família se situarão ao nível de uma maior autonomia clínica, nomeadamente, daquela que o International Council of Nurses refere como enfermagem avançada (International Council of Nurses, 2003). Em qualquer caso, a discussão sobre o potencial de atribuição de uma maior autonomia clínica ao enfermeiro de CSP não se limita ao enfermeiro especialista de saúde familiar.

Mas a decisão de expandir o campo de exercício do enfermeiro de CSP, a que muitos países recorreram para melhorar o desempenho dos seus sistemas de saúde, pode não ser exequível no contexto português. Cada país precisa de encontrar as soluções que melhor se ajustam às suas necessidades em saúde e à oferta de serviços adequada a responder-lhes (Dussault & Fronteira, 2010), tomando em consideração as suas características, o seu contexto político, cultural e económico (Dolowitz & Marsh, 2000) e até a sua dependência do percurso (Greener, 2002). Em Portugal, a investigação sobre o tema é escassa (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013; Temido & Dussault, 2014). Ainda assim, indicia-

se a presença de um ambiente favorável a este tipo de iniciativa na área dos CSP, onde as dinâmicas de reforma decorrentes do modelo de organização em Unidades de Saúde Familiar (USF) estimularam o trabalho em equipa.

Assim, este estudo procura contribuir para a análise da adequação de um modelo que confira ao enfermeiro de CSP um exercício ao nível da enfermagem avançada, de acordo com a perceção das equipas de saúde familiar portuguesas.

Os seus objetivos são compreender essas perceções relativamente a: (i) necessidades assistenciais a que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP potencialmente poderia responder; (ii) problemas a enfrentar e objetivos a atingir com esse alargamento; (iii) novas formas de trabalhar que esse alargamento poderia assumir.

Enquadramento

Conforme sublinhado por diversos autores, a aceitabilidade social constitui um dos fatores determinantes da exequibilidade de uma política de recursos humanos da saúde (Dussault & Fronteira, 2010). Como tal, o decisor político que pondera concretizar uma modificação do *skill mix* da força de trabalho – como aquela que se encontra subjacente a um alargamento do campo de exercício da profissão de enfermagem, situando-o ao nível da prática avançada (International Council of Nurses, 2003) – deve equacionar o reconhecimento que lhe é atribuído pelos *stakeholders*, envolvendo-os no processo (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013). O modelo PEPPA, Participatory, Evidence-based, Patient-centred Process for APN nurse development, implementation and evaluation (Lukosius & DiCenso, 2004) visa, precisamente, orientar o desenvolvimento, implementação e avaliação de práticas avançadas de enfermagem. Este modelo baseia-se na ideia de que a transição de um paradigma de cuidados centrados na doença para um outro de cuidados integrados, orientado para a prevenção e focado no doente, envolve uma mudança significativa que requer o consenso dos *stakeholders* sobre o alinhamento de metas em saúde, modelos de cuidados e papéis do enfermeiro de práticas avançadas. O modelo original recorre a uma complexa abordagem por etapas. As primeiras cinco etapas situam-se ao nível da avaliação

da necessidade e adequação do desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem ao contexto: i. descrição do atual modelo de cuidados e da população de utentes; ii. identificação de *stakeholders* e seleção de participantes para aplicação do método; iii. determinação da necessidade de um novo modelo de cuidados; iv. definição dos problemas prioritários a enfrentar e das metas a atingir; v. determinação do novo modelo de cuidados e do papel do enfermeiro de práticas avançadas. As etapas subsequentes presumem uma resposta positiva em relação àquela necessidade e adequação e implicam: vi. fixação de estratégia de implementação; vii. implementação; viii. avaliação de resultados; ix. avaliação de longo prazo. A presente investigação situa-se ao nível de uma análise exploratória das etapas três a cinco, por constituírem a fração do processo em que se analisam as perceções dos *stakeholders*, aqui considerados como as equipas de saúde familiar, i.e., os médicos e enfermeiros a trabalhar em USF.

Questão de investigação

Este estudo visa responder à questão: quais as perceções dos médicos e enfermeiros portugueses, a trabalhar em Unidades de Saúde Familiar (USF), face à opção pelo alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de cuidados de saúde primários (CSP) como forma de melhorar a resposta às necessidades assistenciais?

Metodologia

Para responder aos objetivos definidos foi desenhado um estudo qualitativo, com recolha de dados através da técnica de grupo focal (Morgan, 1996). A opção por esta técnica resultou da sua reconhecida vantagem quando se pretende que seja a discussão entre os participantes a fazer emergir perspetivas divergentes, incentivando os seus autores à justificação de opiniões e o grupo à resolução dos conflitos. A opção também foi tomada porque se pretendia não apenas conhecer o *que* pensava o grupo sobre o tema mas também conhecer o *como* e o *porquê* pensava, resultantes da sua interação (Kitzinger, 1994). Esta técnica permitiria ainda obter a participação da equipa no desenho das possíveis soluções de redistribuição do

trabalho defendida no modelo PEPPA (Lukosius & DiCenso, 2004).

As equipas de saúde familiar participantes do estudo foram USF do modelo B, escolha realizada tendo em consideração o seu maior grau de autonomia organizacional e mais incentivador modelo retributivo face às unidades de modelo A, aspetos que, na fase de desenho, se consideraram um estímulo a formas inovadoras de distribuição do trabalho como aquela que se pretendia discutir. A escolha das USF foi realizada por amostragem não probabilística intencional, selecionando-se uma unidade em cada uma das cinco ARS de Portugal continental para permitir capturar a eventual variabilidade geográfica. Com cinco grupos era expectável obter saturação dos dados. Dado que se pretendia apreender a perceção da equipa de saúde familiar sobre o tema, optou-se pela heterogeneidade dos grupos focais, incluindo, na mesma técnica, médicos e enfermeiros que trabalhavam juntos (grupos pré-existentes). Optou-se, igualmente, por não excluir o médico coordenador na medida em que, entre outras funções, ele representa a USF. Os potenciais enviesamentos de se reunir, num mesmo grupo, elementos com ascendente profissional virtual foram prevenidos, tanto quanto possível, pelo cuidadoso planeamento e condução da técnica e assumidos face ao objetivo preponderante de revelar a opinião da equipa de trabalho em interação. Os administrativos foram excluídos por não serem prestadores diretos de cuidados. Com

esta exceção, todos os elementos da equipa foram convidados a participar. A equipa de investigação contactou, formalmente, o coordenador de cada uma das USF, apresentando o estudo e solicitando a participação no projeto. Para a recolha dos dados foi obtida autorização do coordenador de cada USF; após informação sobre os objetivos do estudo e de garantia do anonimato, todos os participantes assinaram consentimento informado. Nenhum dos participantes nos grupos focais era do conhecimento prévio dos investigadores.

Nas ARS do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo foi necessário dirigir o pedido de colaboração a várias USF modelo B antes de obter qualquer aceitação. Nas datas agendadas, na ARS do Alentejo apenas um elemento compareceu, tendo-se realizado uma entrevista semiestruturada com base no guião do grupo focal, na ARS de Lisboa e Vale do Tejo foi recusada autorização para gravação. Na ARS Centro foi proposta à equipa de investigação a realização adicional de um segundo grupo focal apenas com médicos internos (excluídos pelo desenho do estudo). Nos grupos focais realizados, nem sempre foi possível que, no dia e hora agendados, se conseguisse reunir a totalidade da equipa (Tabela 1). Cada grupo focal teve uma duração média de 90 minutos; a entrevista semiestruturada teve uma duração aproximada de 40 minutos. Salvo no caso da ARS de Lisboa e Vale do Tejo em que foram feitos registos escritos, os grupos focais e a entrevista foram gravadas.

Tabela 1
Participação nos grupos focais

USF	Médicos equipa	Enfermeiros equipa	Data grupo focal	Médicos presentes	Enfermeiros presentes	Equipa presente	
						n.º	%
1	8	8	16.07.2014	5	6	11	69%
2	6	6	18.07.2014	6	3	9	75%
3	7	7	12.09.2014	6	4	10	71%
4	9	9	22.09.2014	1	0	1	6%
5	7	7	15.10.2014	5	5	10	71%
Total	37	37	—	23	18	41	—

Para a condução dos grupos focais utilizou-se um guião que incluiu um tema de *warm-up* e dois cenários destinados a estimular o debate (Tabela 2). Previamente à aplicação do guião recolheram-

se os dados de caracterização sociodemográfica dos participantes (v.g, género, grupo etário, grupo profissional, grau académico).

1. Portugal foi um dos países que assumiu o compromisso de apoiar a criação do papel de enfermeiro de família. Recentemente, o Ministério da Saúde constituiu um grupo de trabalho para preparar a legislação sobre a metodologia de ação deste profissional [em agosto de 2014 foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família].(*) Um dos aspetos que poderia ser ponderado seria o de atribuir ao enfermeiro de família um âmbito de exercício mais alargado. Colocando-se a equipa na posição de grupo de aconselhamento do ministério, o que recomendaria em relação ao âmbito de intervenção deste profissional, numa lógica de melhoria da resposta às necessidades em saúde?

2. No princípio da década de 1980, num centro de saúde do Reino Unido, foi conduzido um projeto-piloto com o apoio da Universidade de Birmingham. Uma enfermeira com 14 anos de experiência recebeu treino específico para poder trabalhar com maior autonomia (v.g. primeiro exame de doentes, gestão de doenças crónicas); todos os seus processos de trabalho foram protocolados. Na admissão ao centro de saúde, os doentes eram questionados sobre se pretendiam ser inscritos para atendimento por um dos médicos ou por esta enfermeira. Enquanto trabalhava, a enfermeira contava sempre com o apoio dos médicos. Imaginando que se propunha à equipa que aderisse a um projeto deste tipo, que aspetos mais os entusiasmassem?

(*) Descritivo utilizado nos últimos dois grupos focais e na entrevista semiestruturada.

Os grupos focais e a entrevista foram realizados nas instalações de cada uma das USF, tendo sido garantidas as condições de privacidade para a sua realização. A parte empírica da pesquisa envolveu dois dos três autores do estudo; os primeiros dois grupos focais foram conduzidos pela segunda autora do estudo, face à sua formação e experiência na aplicação da técnica, os demais e a entrevista pela primeira autora. Os grupos focais gravados e a entrevista foram integralmente transcritos; a cada participante foi atribuído um código que permitiu manter a identificação da USF e do grupo profissional (enfermeiro–E; médico–M). Os dados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo (Bardin, 2007), tratados manualmente, pesquisando-se a perceção das equipas em relação a temas de pesquisa definidos e enunciados na seção de Resultados, sem prejuízo de terem sido identificados alguns temas emergentes.

Resultados

A caracterização demográfica e profissional dos participantes no estudo revelou que, de um total de 41 indivíduos, 62% eram mulheres, sendo o grupo etário predominante o dos ≥ 40 -<45. 56% dos participantes eram médicos, dos enfermeiros 11% eram especialistas. Do total participante, os grupos mais representativos eram o dos que trabalhava há 15 ou mais anos em CSP (50%) e há entre quatro e seis anos em USF (52%).

Perceções gerais

A avaliação do trabalho de enfermagem em contexto USF

Na opinião manifestada por uma das USF, a reflexão sobre o alargamento do papel do enfermeiro de família deveria ser precedida da avaliação, ainda por realizar, do trabalho de enfermagem nas USF. Foi manifestada a perceção de que, desde que as USF iniciaram a sua atividade, a população foi ganhando mais confiança no papel deste profissional: “Muitos utentes já aceitam a nossa opinião . . .”. (E-USF2).

O impacto das USF nos paradigmas de relacionamento profissional

O entendimento de que a reforma dos CSP e o modelo USF modificou o paradigma de relacionamento e reforçou o modelo colaborativo de cuidados, sendo o papel do enfermeiro de família sua decorrência natural, foi sublinhado: “Quando foi implementada esta reforma dos cuidados primários, isto alterou, substancialmente, a relação entre médicos, enfermeiros e secretários”. (M-USF3)

O enfermeiro a trabalhar em USF enquanto enfermeiro de família

Foi recolhida a perceção de que os enfermeiros a trabalhar em USF se consideram a si mesmos como enfermeiros de família: “o nosso papel, dentro da unidade, já é de enfermeiro de família . . .”. (E-USF3). Contudo, numa USF não deixou de ser sublinhado que, formalmente, o título de enfermeiro de família decorre da posse de uma especialidade ainda por

atribuir e que a atual carreira de enfermagem não contempla, sequer, o grau de enfermeiro especialista (E-USF5).

A expansão do campo de exercício do enfermeiro de CSP no terreno

Em duas USF realçou-se que existem, no terreno, iniciativas de atribuição aos enfermeiros de CSP de campos de exercício mais amplos que, não sendo claramente assumidas, não permitem avaliação: “Na USF há situações agudas em que a população vai para casa e só é vista por um enfermeiro. São raros, são. Mas já acontecem” (M-USF2); “consegui que o diretor executivo autorizasse uma experiência-piloto nessa área. Agarrar num conjunto de utentes sem médico de família, grávidas de baixo de risco . . . seguir aquelas gravidezes . . . Existem duas ou três experiências assim um bocado escondidas . . .” (M-USF3). Na entrevista sobressai um resultado semelhante: “Há enfermeiros que aqui fazem citologias com a ajuda do médico, com supervisão ou delegação, o que lhe queira chamar” (M-USF4).

A rentabilização das competências da força de trabalho de enfermagem

Numa USF a equipa vincou não fazer sentido discutir a atribuição de competências mais vastas aos enfermeiros, quando as competências detidas não são inteiramente aproveitadas: “O que nos falta é que haja um maior respeito e uma maior autonomia . . . autonomia naquilo que nós fazemos e que são as nossas competências” (E-USF1).

Tema: *Necessidades assistenciais a que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP potencialmente poderia responder*

Diferentes necessidades assistenciais

Em uma das USF referiu-se a necessidade de adequar as respostas a necessidades diferentes: “é importante ver se mudaram as necessidades da população . . .” (M-USF2). Em outra destacou-se a necessidade de uma maior disponibilidade dos enfermeiros de CSP para trabalhar na prevenção. Numa USF e na entrevista salientou-se a necessidade de, por via de eventuais novos modelos, não descurar a resposta às necessidades agora enquadradas: “O meu receio

é que, ao querermos abarcar mais funções, vamos menosprezar outras que já estão definidas . . .”. (E-USF3); “Então e quem é que fará aquilo que o enfermeiro faz agora?” (M-USF4).

Potencial de resposta da expansão dos papéis da enfermagem

A discordância da opção pela expansão do campo de exercício clínico da profissão de enfermagem foi patente no caso de alguns membros da equipa de uma das USF: “se calhar a principal solução é criar condições para os médicos de família que começam a ficar desempregados . . . tivessem condições de trabalhar” (M-USF1); “África, eu acho que se justifica. Aqui em Portugal acho que não” (M-USF1). O mesmo posicionamento foi colhido na entrevista semiestruturada: “Eu não vejo necessidade de se alargar mais, em termos formais” (M-USF4); foi manifestado que a preferência seria outra: “Estar a atribuir mais responsabilidades aos enfermeiros, para aliviar os médicos, só se a gente quiser transformar os médicos cada vez mais em burocratas” (M-USF4). Ainda assim, mesmo dentro daquela USF em que parte da equipa se manifestou em desacordo com a estratégia, a respetiva inadequação não foi entendida univocamente: “Acho que um enfermeiro, desde que tenha formação e treino em determinadas situações, pode fazer determinadas coisas” (M-USF1). Em duas outras USF a adequação da expansão foi expressa com clareza: “Não há resistência médica” (M-USF2); “a mim não me incomoda coisa nenhuma de, em relação a determinados atos, ser a enfermeira ou ser o médico” (M-USF3). A explicação para a posição foi claramente enunciada: “acaba por libertar o médico para aquilo que é o cerne da profissão . . . dado o contexto português de escassez de médicos, principalmente médicos de família, e de uma população que cada vez mais . . . recorre ao SNS” (M-USF3). Foram feitas referências à experiência individual de trabalho em modelos onde o exercício de funções clínicas mais vastas pelo enfermeiro de CSP se encontra instituído: “Nós já temos isto em Espanha, portanto, para mim, não é estranho. A minha opinião particular? Nem bem nem mal, ou seja, é mais uma função” (M-USF3); “Enquanto interna fiz um estágio na Dinamarca, que é um país em que isto já existe . . . realmente, é um modelo que funciona . . . Portanto, se calhar cá também temos alguma coisa a aprender a este nível” (M-USF3).

Na outra das USF, as posições da equipa extremaram-se – alguns médicos referiram entender a expansão dos papéis da enfermagem como adequada, pelo tempo de trabalho médico que permitiria libertar para outras atividades, outros classificaram-na como uma estratégia desonesta, na medida em que visava atribuir mais trabalho e responsabilidade sem compensação monetária; alguns enfermeiros posicionaram-se radicalmente contra a opção por corresponder a uma forma de “o Ministério da Saúde, sem pagar um tostão, ter enfermeiros especialistas”, não estando interessados “em trabalhar mais pelo mesmo dinheiro” (E-USF5).

Tema: *Problemas a enfrentar e objetivos a atingir com o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP*

Expetativas dos cidadãos

Na opinião manifestada em uma das USF, um dos problemas que esta discussão suscita é o das expetativas do cidadão face aos CSP: “Nem sempre o utente acredita que a assistência que está a receber é a melhor para ele . . . quando é uma assistência de pequena complexidade que é aquilo que nós, enquanto profissionais dos cuidados primários, temos para oferecer” (M-USF2). A resolução desta dificuldade foi percebida como implicando uma mudança cultural até porque “se o enfermeiro não sente que há reconhecimento social para que possa avançar . . . também não acredito que tenha a ambição de o poder fazer . . .” (M-USF2). Nesta perspetiva “a primeira coisa que se deverá fazer é avaliar a perceção dos utentes da saúde. A sociedade é que tem que ser chamada a pronunciar-se” (M-USF2). Numa outra USF foi manifestada a convicção de que as expectativas dos cidadãos são claras: “O doente quando está com problemas é o médico que procura” (M-USF1); uma vez mais, houve opiniões divergentes: “como é que não aceitarão uma prescrição de enfermagem mas aceitam uma prescrição de um farmacêutico?” (M-USF1).

Escassez de enfermeiros

Em três USF foi referido que a escassez de enfermeiros é um obstáculo a formas diferentes de trabalhar: “não estou a ver os enfermeiros com quem trabalho, neste momento, com a carga que têm, a fazer ainda mais isto” (M-USF1); “Temos tanto trabalho, como é que

ainda vamos ter capacidade para . . . ?” (E-USF3). Contudo, dentro de uma destas USF, não houve sintonia na avaliação do tema: “Eu por acaso discordo de uma ou outra coisa que se disse aqui, que é preciso mais enfermeiros. Eu acho que, antes disso, é preciso o pessoal estar organizado . . .” (M-USF3).

Formação específica

Em três USF foi referido o problema da necessidade de dotar o enfermeiro de CSP de competências adequadas a responder, como elemento da equipa multidisciplinar, à carteira de serviços da USF: “Nós precisamos de uma especialidade de enfermeiro de família, de enfermeiro dos cuidados de saúde primários” (M-USF2); “os cursos têm que ser reformulados para as necessidades que temos e para o trabalho que estamos a fazer” (E-USF3); “Se nós tivermos enfermeiros com formação de base mais elevada . . . , nós iremos ter, obviamente, uma fusão mais saudável na distribuição de tarefas” (M-USF2). Os resultados da entrevista revelaram o mesmo entendimento: “a especialidade de medicina geral e familiar deu aos futuros médicos de família aquela segurança e qualidade de prestação de cuidados . . . é isso que a especialidade de enfermagem de saúde familiar poderá dar ao enfermeiro” (M-USF4). Nas mesmas USF foi recolhida a perceção de que, se é certo que os enfermeiros atualmente a trabalhar em contexto de USF adquiriram muitas competência ao longo do seu exercício, impõe-se que elas sejam validadas e “a partir de um determinado momento, só vem como enfermeiro de família quem tem competências adquiridas antes” (M-USF2). Foi avançada a hipótese de recorrer a um processo de certificação do exercício para os enfermeiros já a trabalhar em USF, “como aconteceu, nos anos 80, com os médicos de família” (M-USF3). Os participantes referiram a necessidade de reforço de competências nas áreas da promoção, prevenção e intervenção nos programas da medicina geral e familiar e sublinharam a importância de uma abordagem à prestação de cuidados específica da enfermagem: “É que nós estamos muito vocacionados para uma área biomédica, fomos formados nessa área” (E-USF2).

Paradigmas de formação e de autorregulação profissional

O problema do paradigma da formação dos profissionais de saúde foi sublinhado em duas

das USF, que evidenciaram a necessidade de as universidades e escolas adotarem um modelo de ensino mais incentivador do trabalho de equipa. Em duas das USF também foi vincada a necessidade de as ordens profissionais assumirem um papel diferente. Uma e outra mudança foram consideradas imprescindíveis: “Mas enquanto não houver mudança académica, da mentalidade académica e das ordens, penso que vamos ter uma grande luta” (M-USF2).

Melhorar a resposta às necessidades assistenciais

O objetivo prioritário da modificação da forma de trabalhar identificado numa USF foi o de melhorar a resposta às necessidades assistenciais: “Nós estamos a focalizar as profissões, não estamos a focalizar no interesse do cidadão. Tem que se pedir resultados às equipas e nós continuamos a pedir resultados às profissões” (M-USF2).

Tema: *Novas formas de trabalhar que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP poderia assumir*

Situações de doença aguda

Uma maior responsabilização dos enfermeiros na resposta às situações agudas de doença surgiu como uma aspiração dos médicos de duas USF no sentido da libertação de tempo para outras funções assistenciais: “Pessoalmente, defendo isso, acerrimamente, para as consultas de doença aguda . . . Não só boa ideia mas uma necessidade” (M-USF3); “um acesso demasiado fácil a um profissional de complexidade pode ser abusiva para o interesse do doente . . . Sob pena de a resposta ser desproporcionada” (M-USF2). Percebeu-se alguma relutância da enfermagem em assumir mais tarefas neste domínio sem formação acrescida. Contudo, também se percebeu que as equipas não se organizam todas da mesma forma e que, em algumas, o enfermeiro assume a triagem das situações de doença aguda sob a supervisão médica. Numa outra USF foi relatado que, durante algum tempo, se tinha atribuído a triagem da doença aguda à enfermagem e que se recuava por inexistência de enquadramento. Ainda numa outra USF esta hipótese foi rejeitada em absoluto pelos enfermeiros: “Eu acho que a linha da frente é para ter alguém competente para triar, para facilitar, e alguém que não tem formação de

base dirigida para a patologia . . . Vai fazer o quê, vai empatar o utente?” (E-USF1).

Referenciação para outros profissionais de saúde e níveis de cuidados

Também relativamente ao papel dos enfermeiros na referenciação para outros profissionais de saúde as perceções registadas foram diferentes entre as USF. Numa das USF foi defendido que o enfermeiro, tal como o médico, não deveria poder referenciar sozinho para fora da unidade; numa lógica de maximização da capacidade resolutive dos CSP, esta deveria ser uma decisão da equipa. Noutra USF a referenciação por enfermeiros para outros profissionais, dentro do ACES, foi lida como uma mais-valia: “termos que dizer ao médico para referenciar para o nutricionista, para referenciar para o psicólogo . . . quando aí é que eu tinha a minha competência absoluta para intervir!” (E-USF1). A referenciação por enfermeiros para cuidados de saúde agudos em situações específicas de urgência também foi identificada como uma área a expandir: “não podemos fazer isso. Mas podemos dizer assim ao utente: Olhe, chame uma ambulância e vá até ao hospital” (E-USF1).

Prescrição farmacológica

Em duas USF, a prescrição farmacológica foi descrita como sendo entendida como um campo em que, em condições específicas, é possível redefinir fronteiras de intervenção. Contudo, em outra USF essa hipótese foi afastada pela maioria dos médicos e pelos enfermeiros, com base na ideia de que a formação de base dos enfermeiros não os prepara suficientemente, de que essa não é uma necessidade efetiva e de que, mesmo para os médicos, a prescrição é uma atividade complexa; ainda assim, o posicionamento desta equipa não foi unívoco: “Um enfermeiro não sabe ver se a amigdalite tem ou não tem pus? E poderia, perfeitamente, prescrever um antibiótico!” (M-USF1). Na entrevista, a hipótese de os enfermeiros poderem ter responsabilidade na prescrição farmacológica também foi recusada: “Claro que eu não me vou pôr a pedir ao enfermeiro para me passar as receitas, não é? Isso é intrinsecamente meu!” (M-USF4).

Outras áreas assistenciais e técnicas específicas

O seguimento por enfermeiros da gravidez de baixo risco, de crianças saudáveis e de doentes crónicos

foram outros exemplos de áreas apresentadas como merecedoras de uma maior intervenção autônoma da enfermagem em duas das USF. Numa dessas USF a realização de técnicas específicas por enfermeiros com treino adequado também foi referida como possível e desejável: [suturar] “é uma técnica a aprender!” (M-USF3); na entrevista tal opção foi recusada: “Posso pôr os enfermeiros a fazer suturas, mas suturas é uma coisa que me dá gozo.” (M-USF4).

Quadro normativo e protocolos de trabalho

Em três das USF as equipas aludiram à preocupação de uma qualquer alteração do campo de exercício da profissão de enfermagem ser sempre enquadrada normativamente para adequada clarificação e responsabilização: “Não está claro, nós não temos um suporte legal que ajude a clarificar as competências de cada um . . .” (M-USF2); “Já trabalhei em muitos sítios e já suturei. Só que é assim, suturei, aprendi, ensinaram-me, aprendi inicialmente. É uma técnica que é treino, não é? Mas e se há alguma coisa que corre mal?” (E-USF1). Numa dessas USF a necessidade de um quadro normativo adequado e a intervenção das ordens dominou os discursos (E-M-USF5). Porém, numa outra USF foi sublinhado que o enquadramento normativo não é garante de qualquer implementação, citando-se o exemplo das competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na prescrição de alguns exames: “Portugal precisava que se cumprissem algumas coisas que já estão mais que assinadas” (M-USF3). A necessidade de fazer preceder alterações da definição de protocolos de atuação foi sublinhada por uma das equipas; contudo, foi destacado que “a palavra-chave é comunicação e flexibilidade”, que “protocolo é diferente de rigidez” e que “o espírito de trabalho em equipa tem que predominar” (M-USF3).

Discussão

Os resultados sugerem que no modelo de trabalho em equipa que sustenta o funcionamento das USF tende a existir um ambiente favorável à atribuição de mais papéis clínicos ao enfermeiro de CSP como forma de melhorar a resposta às necessidades assistenciais da população, conforme havia sido indiciado num estudo anterior (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013). Contudo, este não é um entendimento

transversal, por ser percebido, por alguns médicos e enfermeiros, como desajustado e potencialmente iníquo. O *gap* de necessidades assistenciais não satisfeitas pelo atual modelo de prestação pareceu não ser homogeneamente valorizado, centrando-se o enfoque mais na oferta do que na procura (Nelson, Turnbull, & Bainbridge, 2014). A experiência profissional em sistemas de saúde onde o exercício de funções clínicas mais vastas ao enfermeiro de CSP se encontra instituído emergiu como fator predisponente para encarar favoravelmente essa opção, em linha com os resultados de outros estudos (Aquilino, Damiano, Willard, Momany, & Levy, 1999). A existência, no terreno e por iniciativa das equipas de saúde, de novas formas de distribuição do trabalho para melhorar a resposta às necessidades da população surgiu como confirmação de que muitas mudanças nos papéis profissionais acontecem incrementalmente (Temido & Dussault, 2014), sendo necessário avaliá-las.

As equipas de saúde identificaram vários problemas que, no contexto português, a opção pelo alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP teria que enfrentar. A necessidade de apetrechar a enfermagem com competências específicas para trabalhar com mais segurança e qualidade todos os programas da área da saúde geral e familiar foi merecedora de amplo consenso, entre USF, entre médicos e enfermeiros e entre defensores e adversários da expansão dos papéis do enfermeiro de CSP; por esta via se conquistaria maior confiança dos enfermeiros em si próprios com reflexo na forma como a equipa de saúde e os utentes os encaram. Esta perceção reitera as conclusões de estudos que identificaram a confiança nas competências mútuas como uma das principais alavancas para uma maior colaboração (Schadewaldt, McInnes, Hiller, & Gardner, 2013).

As equipas de saúde identificaram e discutiram ainda uma grande variedade de opções relativamente às novas formas de trabalhar que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP poderia assumir; a perceção sobre a adequação de cada uma foi muito variável, com profissionais de saúde a posicionarem-se diferentemente entre as USF e dentro da mesma USF. A necessidade de sustentar as eventuais mudanças num enquadramento normativo claro e em protocolos de trabalho foi sublinhada, revelando preocupações semelhantes às sentidas em outros sistemas de saúde (Delamair & Lafortune, 2010).

Os resultados do grupo focal realizado numa das USF, à margem do desenho do estudo, com médicos do internato da especialidade de medicina geral e familiar não trouxe percepções muito diferentes das demais, sugerindo que a nova geração provavelmente não advogará a mudança, mesmo que se sinta sobrecarregada, face ao receio de perda de território. Esta reação encontra-se em linha com a que inicialmente foi tida em outros países onde a expansão dos papéis da profissão de enfermagem se encontra hoje numa fase mais avançada (Wilson, Pearson, & Hassey, 2002).

Reconhecem-se as limitações da técnica utilizada especialmente quando, como foi o caso, utilizada como método único. A dinâmica do grupo e a junção de elementos com ascendente profissional virtual pode ter influenciado as opiniões expostas; o registo de uma das sessões apenas pelo recurso a extratos discursivos pode ter enviesado a análise de conteúdos; o número de grupos focais pode ter sido insuficiente para esgotar as percepções sobre a matéria e numa região de saúde não foi conseguida senão uma entrevista – sinal que poderá traduzir a baixa relevância atribuída à discussão do tema em alguns locais. Reconhece-se ainda que o método utilizado não permite a generalização dos resultados, sabendo-se que as percepções recolhidas representam apenas a interação entre as equipas de saúde que aceitaram colaborar na técnica. Ainda assim, pensa-se que o estudo contribuiu para uma melhor compreensão das percepções sobre a adequação do alargamento do campo de exercício da enfermagem de CSP ao contexto português, fornecendo a base para o desenvolvimento de mais investigação sistemática.

Conclusão

A atribuição de papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP não reúne unanimidade, por ser percebida, por alguns médicos e enfermeiros, como desajustada e iníqua. Algumas equipas de saúde manifestaram disponibilidade para aderir a esta opção, face ao seu potencial contributo para melhorar a resposta a necessidades assistenciais atualmente não satisfeitas. Dado que o contacto com sistemas de prestação onde são atribuídos papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP sugeriu uma maior disponibilidade para este tipo de modelo e a realização

de formação específica pelos enfermeiros de CSP foi percebida como essencial para conquistar a confiança num desempenho mais autónomo, importa avaliar os futuros impactos da atribuição da especialidade em saúde familiar e das experiências-piloto para a implementação do enfermeiro de família.

Referências bibliográficas

- Aquilino, M. L., Damiano, P. C., Willard, J. C., Momany, E. T., & Levy, B.T. (1999). Primary care physician perceptions of the nurse practitioner in the 1990's. *Arch Family Medicine*, 8, 224-227.
- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L. & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: A review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(Spec), 38-46.
- Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries (54)*. Paris: France: OECD.
- Dolowitz, D. P. & Marsh, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*, 13, 5–25.
- Dussault, G., & Fronteira, I. (2010). *Recursos humanos para a saúde: Plano integrado no plano nacional de saúde 2011-2016*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.
- Greener, I. (2002). Understanding NHS reform: The policy transfer, social learning and path dependency perspectives. *Governance*, 15, 161-183.
- International Council of Nurses. (2003). ICN announces position on advanced nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 524-527.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2009). *Substitution of doctors by nurses in primary care*. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
- Lukosius, B. D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 530-540.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152.
- Nelson, S., Turnbull, J., & Bainbridge, L. (2014). *Optimizing scopes of practice. New models of care for a new health care system*. Ottawa, Canadá: Canadian Academy of Health Sciences.

- Richardson, G. & Maynard, A. (1995). *Fewer doctors?: More nurses?: A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution* (135). New York, USA: University of York.
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E. & Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary care: An integrative review. *BMC Family Practice*, 14, 132.
- Temido, M. & Dussault, G. (2014). Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: Limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 45-54.
- Wilson, A., Pearson, D. & Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care: The GP perspective. *Family Practice*, 9(6), 641-646. Recuperado de <http://fampra.oxfordjournals.org/content/19/6/641.full>
- World Health Organization. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen, Denmark: Author.

