



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis
profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal

Marta Temido

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM
SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

DEZEMBRO

2014



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis
profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal**

Autor: Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões

Orientador: Professor Doutor Gilles Dussault

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento, nos termos do artigo 11.º, n.º 1, alínea b), do Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo IHMT/UNL, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223, de 19 de novembro de 2012.

ELEMENTOS BIBLIOGRÁFICOS

Artigos publicados

- Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. *Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal*. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2013 Jan-Feb; 21(Spec): 38-46.
- Temido M, Dussault G. *Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2014; 32 (1): 45-54.
- Temido M, Dussault G. *How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England*. Health Policy, 2014.

Artigos submetidos

- Temido M, Craveiro I, Dussault G. *Percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem*. Submetido em 08.11.2014 em Referência Revista de Enfermagem.

Comunicações

- *Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal*. V Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. (Lisboa, dezembro de 2014).
- *Expansão do scope of practice da enfermagem em Portugal: lições das políticas de saúde inglesas*. (poster) 13.^a Conferência Nacional de Economia da Saúde da APES (Braga, outubro de 2013).
- *Changing nurses and doctors skill mix in Portugal: a feasible politic for increasing the productivity of health care*. (poster) EHMA Annual Conference “What healthcare can we afford? Better, quicker, lower cost health services”. (Milão, junho de 2013).

- *A regulação dos profissionais de saúde em Portugal*. Encontro satélite pré-congresso do II Congresso Nacional de Medicina Tropical do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. (Lisboa, abril de 2013).
- *Skill mix entre médicos e enfermeiros em Portugal: estímulos e barreiras para a inovação*. 2.^a Reunião Nacional dos Estudantes de Doutoramento em Saúde Pública. (Porto, dezembro de 2012).
- *Análise do skill mix entre médicos e enfermeiros: exequibilidade de uma revisão em Portugal*. III Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. (Lisboa, dezembro de 2012).
- *Práticas avançadas de enfermagem: lições para Portugal*. III Congresso Nacional de Saúde Pública. (Coimbra, outubro de 2012).
- *Contributos para a formulação de uma política de revisão do skill mix entre médicos e enfermeiros para Portugal: análise de aceitabilidade social*. 12.^a Conferência Nacional de Economia da Saúde da APES. (Lisboa, outubro de 2011).
- *Revisão das fronteiras da profissão de enfermagem: oportunidade para a melhoria do desempenho do sistema de saúde português*. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEFE. (Coimbra, setembro de 2011).

“The scope of a profession must be based on patient needs and be supported by the educational preparation of the practitioners and demonstrated competence. (...) A change in the scope of practice of any profession should be permitted if it enhances patient care.”

Canadian Medical Association. 2000. Roles of Physicians and Scope of Medical Practice: Future Prospects and Challenges

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Gilles Dussault, orientador deste doutoramento, por ter aceitado ser guia desta viagem. A consulta dos seus trabalhos, a análise das suas correções e sugestões sobre esta investigação, o seu desafio para integrar projetos e reuniões científicas relacionados com o tema em estudo tornaram possível chegar até aqui. Obrigada, Prof. Gilles!

A todos os professores do programa de doutoramento em Saúde Internacional – Políticas de Saúde e Desenvolvimento, pela sua dedicação na formação de gerações de investigadores habilitados a trabalhar em prol do fortalecimento dos sistemas de saúde e da melhoria do bem-estar das populações. Foi um privilégio ter sido sua aluna.

Aos meus colegas do programa de doutoramento de Angola, Brasil, Cabo Verde, Portugal, Moçambique e Timor, por terem enriquecido estes últimos quatro anos.

Aos co-autores dos estudos elaborados ao longo do programa de doutoramento, pela oportunidade de crescimento científico que me proporcionaram.

A todos aqueles que aceitaram colaborar nos estudos empíricos que compõem esta investigação, por terem disponibilizado o seu tempo e partilhado as suas perceções e, particularmente, aos médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar que participaram nos grupos focais, pelo seu testemunho do enorme potencial de inovação que existe no trabalho em equipa em cuidados de saúde primários.

Aos membros do Grupo de Trabalho *Staffing the Services* da *Gulbenkian Health Platform*, particularmente ao Lord Nigel Crisp e à Prof.^a Doutora Maria do Céu Machado, por me terem proporcionado a oportunidade de participar na construção de uma nova visão para a Saúde em Portugal.

À Enfermeira Maria Augusta de Sousa, por ter contribuído para introduzir o tema da complementaridade das profissões de saúde na agenda de discussão.

Aos meus colegas administradores hospitalares, particularmente aos membros da direção da APAH, Margarida, Luís, Manuel, Emanuel, Ricardo e Victor, pela ajuda paciente nos vários momentos de luta contra o tempo que acompanharam a realização deste projeto.

Ao Dr. Rui Pato, Dr.^a Paula Sousa, Dr.^a Deolinda Portelinha e Enf. Jorge Leitão, por me terem ensinado a cumplicidade do trabalho em equipa e tantas outras coisas que ficaram, indeléveis, na minha vida profissional e pessoal.

À minha Família, por ter aceitado carinhosamente todos os momentos adiados e, particularmente, à minha irmã Maria Helena, jovem médica do SNS, pelas ideias trocadas a propósito desta minha exploração.

Ao J. Diz-se que o processo de doutoramento é um caminho solitário. Este nunca o foi.

RESUMO

A força de trabalho presente no sistema de saúde português indicia uma combinação ineficiente de recursos médicos e de enfermagem. Contudo, tal pode não ser suficiente para que seja possível modificar o *skill mix* disponível, expandindo o âmbito de exercício da profissão de enfermagem, na medida em que se reconhece que a exequibilidade de uma política depende de vários fatores de contexto que não se restringem à sua intrínseca validade técnica.

Entre esses fatores incluem-se a aceitabilidade social, a viabilidade legal, o processo político e as preferências dos profissionais de saúde, analisados nesta investigação com base em métodos mistos.

A pesquisa revelou que: i) em termos de aceitabilidade social, apesar de não existir consenso suficiente sobre se uma opção deste tipo é adequada ao contexto português, algumas áreas assistenciais, como os cuidados de saúde primários, indiciam um maior potencial de acolhimento; ii) em termos de exequibilidade legal, salvo nos atos de reserva médica absoluta, há espaço normativo para uma redistribuição do trabalho entre médicos e enfermeiros, na medida em que muitos atos são considerados exclusivos da área médica por força de práticas instituídas; iii) em termos de processo político, embora as iniciativas identificadas no estudo de caso não sejam diretamente transponíveis, uma liderança forte da estratégia, uma compreensão clara dos objetivos a alcançar e uma visão de longo prazo para o sistema de saúde surgem como elementos críticos do sucesso; iv) em termos de preferências dos profissionais de saúde de cuidados primários, enquanto algumas equipas de saúde familiar se distanciam da adequação da opção ao contexto português, outras percecionam as necessidades assistenciais não satisfeitas como justificativas da atribuição de papéis clínicos mais vastos à enfermagem, o que mostra diferentes disponibilidades para o reforço de modelos colaborativos de cuidados.

Apesar das suas limitações – sobretudo das que resultam de nem sempre se ter conseguido a colaboração necessária para compreender totalmente a aceitabilidade social e as preferências dos profissionais de saúde – a investigação permitiu concluir que, em Portugal, existe um relativo espaço social, normativo, político e nas

preferências dos profissionais de saúde para a expansão do campo de exercício da profissão da enfermagem.

Tal como diferentes países se encontram em diferentes estádios de discussão deste processo, também no nosso país diferentes *stakeholders*, diferentes campos de atividades e diferentes equipas de saúde revelam distinto potencial de adesão a esta inovação, sugerindo-se que a estratégia mais adequada implica a aceitação de diferentes formas de distribuição do trabalho, da iniciativa das equipas profissionais, sem prejuízo da necessidade de definição de um enquadramento adequado a prevenir a degradação da qualidade e segurança dos cuidados.

Em qualquer circunstância, não poderá esquecer-se que otimizar o *skill mix* da força de trabalho em saúde é um processo dinâmico e que o desafio que se coloca ao sistema de saúde português reside no desenvolvimento de uma estratégia global de otimização sistemática, alicerçada num modelo educativo que incentive a maximização das competências individuais e da equipa e estimule o papel dos cidadãos, saudáveis e doentes, como co-produtores da saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Políticas de Recursos Humanos da Saúde; *Skil mix*; Médicos; Enfermeiros; Exequibilidade política

ABSTRACT

The composition of the Portuguese health workforce suggests an inefficient combination of medical and nursing resources. However, changing its skill mix and expanding nurses' scope of practice may not be achievable because political feasibility remains conditional on a number of contextual factors broader than the intrinsically technical validity of the policy.

The social acceptability, the legal feasibility, the political process and the health professionals' preferences are among the mentioned contextual factors and the research analyzed those using mixed methods.

The study revealed that: i) in terms of social acceptability, although stakeholders are divided on whether expanding nurses' scope of practice is a suitable option for the Portuguese context, in specific settings of care, as primary healthcare, there may be more receptiveness to innovation; ii) in terms of legal feasibility, except where there is a full interdiction for nurses to act autonomously, there is normative room for a different redistribution of tasks between physicians and nurses, as several actions considered unique to the medical profession are so merely because of social conventions; iii) in terms of the political process, even if the lessons learned from the case study may not be directly transferred, a strong leadership of the strategy, a clear understanding of its goals and a long term vision for the healthcare system seem critical aspects for success; iv) in terms of primary healthcare professionals' preferences, while some teams disagree on the appropriateness of the model, others perceive the unmet health needs as a reason for expanding nursing clinical roles, showing the difference in the commitment to strengthen the collaborative models of care.

Despite its caveats – especially those resulting from the unavailability to gaining sufficient collaboration in order to obtain a total understanding of the social acceptability and of the health professionals' preferences – the research highlighted that, in Portugal, there is some room for expanding nurses' scope of practice in terms of the social, legal and political feasibility and of the health professionals' preferences.

In the same way as various countries are in different phases of the process of expanding nursing roles, in Portugal various stakeholders, various settings of care and various healthcare teams indicate different tendencies for joining such an innovative model.

This suggests that an effective strategy would be grounded in different solutions, from the voluntary initiative of the teams, safeguarding the definition of an appropriate framework to prevent deterioration of the quality and safety of care.

In any case, one shouldn't forget that optimizing the skill mix of the health workforce is a broad and dynamic process and that the challenge faced by the Portuguese healthcare system lies in implementing a systematic strategy for the workforce optimization, based on an education model that promotes the maximum use of individual competencies and that encourages the role of the citizens, healthy and sick, as health co-producers.

KEY WORDS

Human Resources for Health Policies; Skill mix; Physicians; Nurses; Political feasibility

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	xii
ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÓNIMOS	xiv
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1.1. Enquadramento	2
1.1.1. Relevância do tema.....	2
1.1.2. Conceitos e estado da arte.....	7
1.1.2.1. Políticas de recursos humanos da saúde	7
1.1.2.2. Combinação de recursos humanos da saúde.....	10
a) Conceito de <i>skill mix</i>	11
b) Abordagens de avaliação do <i>skill mix</i>	12
c) Fatores determinantes de modificações do <i>skill mix</i>	13
d) Obstáculos e alavancas para modificações do <i>skill mix</i>	14
e) Estratégias de modificação do <i>skill mix</i>	18
f) <i>Skill mix</i> e <i>task shifting</i>	20
1.1.2.3. Recomendações para um processo de revisão do <i>skill mix</i> disponível	21
1.1.2.4. <i>Skill mix</i> entre médicos e enfermeiros	23
a) Indicadores do <i>skill mix</i> entre médicos e enfermeiros	23
b) Evidência sobre modificações no <i>skill mix</i> entre médicos e enfermeiros... 27	
c) Práticas avançadas de enfermagem.....	32
1.1.2.5. Situação de Portugal	34
1.2. Objetivos.....	40
1.3. Métodos	42
1.4. Referências bibliográficas.....	57
2. RESULTADOS	71
2.1. Estudo I.....	72
2.2. Estudo II.....	82
2.3. Estudo III	93
2.4. Estudo IV	107
3. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES	128

3.1. Discussão Geral	129
3.1.1. Aceitabilidade social.....	129
3.1.2. Exequibilidade normativa	130
3.1.3. Processo político	131
3.1.4. Preferências dos profissionais de saúde.....	133
3.1.5. Limitações metodológicas	135
3.1.6. Implicações da pesquisa em políticas futuras	136
3.2. Conclusões	141
3.3. Referências bibliográficas.....	144
4. ANEXOS	152

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1–Relação entre necessidades e recursos no sector da saúde 9

Figura 2–Ciclo de avaliação do *skill mix* 22

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1–Médicos/1.000 habitantes, Europa (2000 e 2012 ou ano mais próximo)	24
Quadro 2–Enfermeiros/1.000 habitantes, Europa (2000 e 2012 ou ano mais próximo)	24
Quadro 3–Rácio enfermeiros/médicos, Europa (2012 ou ano mais próximo)	25
Tabela 1–Estudo 1: Documentos selecionados para análise de conteúdos.....	44
Tabela 2–Estudo 1: Entrevistas semi-estruturadas	46
Tabela 3–Estudo 2: Documentos selecionados para análise de conteúdos.....	48
Tabela 4–Estudo 3: Documentos selecionados para análise de conteúdos.....	51
Tabela 5–Estudo 3: Entrevistas semi-estruturadas	52
Tabela 6–Estudo 4: Participação nos grupos focais.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APN – *Advanced Practice Nursing*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DoH – *Department of Health*

DR – Diário da República

MoU – *Memorandum of Understanding*

NHS – *National Health Service*

NMC – *Nursing and Midwifery Council*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAEF – Programa de Assistência Económica e Financeira

PEPPA – *Participatory, Evidence-based, Patient-centred Process for APN role development, implementation and evaluation*

RCN – *Royal College of Nursing*

RHS – Recursos Humanos da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO GERAL

Este estudo centra-se no tema da combinação de recursos médicos e de enfermagem existente em Portugal, analisando a exequibilidade de expandir o âmbito de exercício da profissão de enfermagem à luz do objetivo de melhorar o desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, eficiência e qualidade.

O trabalho encontra-se organizado em quatro secções principais.

A primeira secção corresponde à Introdução Geral e encontra-se estruturada em quatro subsecções. Na medida em que esta tese se consubstancia na compilação de um conjunto de trabalhos de investigação, esta secção foi organizada com a preocupação de expor o fio-condutor do trabalho e de, quando apropriado, detalhar aspetos que não couberam na economia de texto da publicação dos artigos. Assim, a primeira subsecção corresponde ao Enquadramento e nela se apresenta o tema, explicando a sua relevância no contexto dos sistemas de saúde e, em particular, do sistema de saúde português, se explicitam os principais conceitos utilizados ao longo da investigação, inserindo-os na descrição do estado da arte sobre políticas e combinação de recursos humanos da saúde (RHS), recomendações para os processos de revisão da combinação da força de trabalho em saúde, *skill mix* entre médicos e enfermeiros e situação de Portugal na matéria. A segunda subsecção enuncia os objetivos da investigação; são eles que justificam o recurso aos materiais e métodos descritos na terceira subsecção por referência a cada um dos estudos realizado.

Os resultados da investigação formam a segunda secção, na qual se compilam os quatro artigos produzidos.

A terceira secção corporiza a Discussão Geral e Conclusões. Nela se recorda o objetivo geral da investigação e se relata a discussão produzida, em cada um dos artigos, sobre os respetivos resultados, limitações dos estudos e sua apreciação face a pesquisas anteriores. Com base na síntese das discussões parcelares, realiza-se a discussão geral dos resultados, comentando-os e relacionando-os à luz da evidência disponível e da reflexão crítica e analisando as suas implicações para a formulação de uma política de revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em

Portugal. A subsecção Conclusões encerra a investigação e abre a porta a futuras pesquisas.

Os Anexos reúnem alguns quadros síntese de informação e os instrumentos de recolha de dados que foram utilizados nos trabalhos empíricos.

1.1. Enquadramento

1.1.1. Relevância do tema

Conforme é muitas vezes sublinhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a força de trabalho em saúde, representando “o maior custo e o maior investimento na prestação de cuidados”¹ (Campbell *et al*, 2014, p.34), constitui o principal *input* dos sistemas de saúde (WHO, 2000; WHO 2006). Na verdade, o desempenho dos sistemas de saúde depende, em larga medida, da sua força de trabalho, suscetível de ser avaliada tendo em conta quatro dimensões: disponibilidade (oferta e *stock* de recursos humanos em quantidades e competências apropriadas a responder às necessidades de cuidados), acessibilidade (distribuição adequada de recursos humanos de modo a garantir a equidade geográfica, temporal, infra-estrutural, organizacional e financeira), aceitabilidade (características e capacidades dos recursos humanos para prestar serviços que garantam a dignidade, criem confiança e estimulem a utilização ajustada dos serviços) e qualidade (conhecimentos, competências e comportamentos dos recursos humanos para satisfazer os padrões profissionais e responder às expectativas da população) (Campbell *et al*, 2014).

Contudo, o impacto da força de trabalho no desempenho dos sistemas de saúde nem sempre tem sido suficientemente compreendido. As sucessivas gerações de reformas dos sistemas de saúde, norteadas pelos objetivos de melhoria do acesso, eficiência e qualidade, têm-se concentrado em aspetos como os modelos de financiamento e de estruturação dos serviços, negligenciando as questões relacionadas com os RHS (Dubois *et al*, 2006), ou reduzindo a sua abordagem a certos aspetos das dimensões da

¹ Tradução da autora.

disponibilidade e da acessibilidade (Rechel *et al*, 2006; Dussault *et al*, 2010 b); Kuhlmann *et al*, 2013).

O sistema de saúde português não constitui exceção. Na última década, diversos estudos sublinharam esta fragilidade e alertaram para a necessidade de inscrever o tema dos RHS na agenda das políticas de saúde e, concretamente, de conferir atenção à combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 referia que “Em Portugal, no Sector da Saúde, não tivemos até agora uma política de recursos humanos, nem um pensamento estratégico nesta matéria.” (Ministério da Saúde, 2004 a), p.68). Ao mesmo tempo, caracterizava a situação do país pela “Informação incompleta e desatualizada sobre as características e distribuição dos recursos humanos” (p.127), pelo “Défice de profissionais de saúde e assimetrias na sua distribuição regional” (p.127) e pela “Necessidade de revisão do elenco de profissões de saúde em relação à evolução das necessidades de saúde” (p.127), definindo, entre as orientações estratégicas e intervenções necessárias, o desenvolvimento de um “sistema de informação integrado” (p.128) e de um “plano estratégico para adequar a oferta, em quantidade e qualidade, de profissionais de saúde às necessidades dos cidadãos e do sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 2004 b), p.129).

Anos volvidos, a análise especializada realizada no âmbito dos trabalhos de preparação do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 repetia o diagnóstico mencionando que “(...) na ausência de um sistema de informação integrado e de padrões relativos à recolha de dados sobre os recursos humanos da saúde, é difícil apresentar um panorama abrangente dos profissionais de saúde no país (...)” (Dussault *et al*, 2010 b), p.29) e elencando, entre os constrangimentos detetados, que “(...) existe falta de determinadas categorias de pessoal no SNS (...), existem desequilíbrios na distribuição (...)” (p.30), “(...) existe espaço para rotatividade de tarefas e para a delegação de tarefas, particularmente de médicos para enfermeiros (...)” (p.31). Especificamente em relação à combinação das profissões médica e de enfermagem, a análise especializada sublinhava que “(...) a proporção reduzida de enfermeiros/médico indica, em primeiro lugar, um problema de produtividade e custo/eficácia (...). Tem igualmente um impacto sobre a cobertura (...).

Finalmente, os enfermeiros com excesso de trabalho (...) podem cometer mais erros (...).” (Dussault *et al*, 2010 b), p.29).

A falta de um foco estratégico numa política de RHS sustentável fora, entretanto, também destacada em avaliações realizadas pela OMS ao desempenho do sistema de saúde português e ao próprio Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nas quais se sublinhava que os problemas relacionados com os RHS seriam um dos mais importantes desafios que o sistema de saúde teria que enfrentar nos anos futuros (WHO Regional Office for Europe, 2010 a), insistindo-se na utilidade de uma revisão da combinação de recursos médicos e de enfermagem como instrumento de melhoria do acesso, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde (WHO Regional Office for Europe, 2010 b).

Recentemente, este alheamento relativamente às questões dos RHS conheceu uma nova chamada de atenção. A crise económica e financeira em que Portugal, como outros países europeus, se viu mergulhado conduziu à celebração de um *Memorandum of Understanding* (MoU) com os credores externos. Para além das referências incluídas neste documento à necessidade de atualização anual do inventário de médicos, com identificação das atuais e futuras necessidades e do apelo à criação de um mecanismo para garantir a presença de médicos de família em áreas carenciadas (Governo de Portugal *et al*, 2011), na sua quarta atualização o MoU referia-se, especificamente, à reavaliação do papel dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde (Governo de Portugal *et al*, 2012). Consequentemente, durante a vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF), a questão da busca de uma combinação mais eficiente de RHS, nomeadamente de médicos e enfermeiros, foi objeto de frequente referência no quadro de diversas propostas estratégicas de reforço da sustentabilidade financeira do sistema de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2011; Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Mas, como no passado (Barros *et al*, 2011), “uma maior atenção aos aspetos ligados à composição da força de trabalho em saúde permanece como um desafio por superar” (Dussault *et al*, 2014, p.176).

Cada país precisa de definir a combinação de RHS que melhor responda às suas prioridades em saúde considerando o objetivo de “dispor dos profissionais certos, com as competências certas, nos sítios certos, a fazer as coisas certas”² (WHO, 2006, p.xx). O primeiro aspeto a considerar, quando se aspira à obtenção de uma combinação ótima da força de trabalho em saúde, é o da clarificação dos problemas a enfrentar (Bourgeault *et al*, 2008), ou seja, considerando as necessidades em saúde da população e a oferta de serviços de saúde adequada a responder-lhes, importa saber que tarefas concretas são necessárias, quem as desempenha atualmente e quem as poderia desempenhar com maior eficiência.

Como a maioria dos seus congéneres, o sistema de saúde português enfrenta dificuldades crescentes em responder, num contexto de redução da despesa, à pressão da procura de cuidados por uma população envelhecida, afetada pelo peso da multicronicidade (Direção-Geral da Saúde, 2013), mas também mais informada e mais exigente. A emergência de uma nova transição epidemiológica (Omran, 1971) exige novos paradigmas de cuidados e novas fórmulas de organização do trabalho (Ploegh *et al*, 2011). De facto, a estruturação da oferta de serviços centrada em cuidados agudos que oferecem contactos fragmentados e sobre-especializados revela-se insuficiente (Frenk *et al*, 2010; Lopes *et al*, 2014) e a divisão do trabalho baseada nas fronteiras profissionais, nomeadamente da profissão médica e de enfermagem, mostra-se esgotada.

Ora, os papéis adotados pelos diversos grupos profissionais não são estáticos (Dubois *et al*, 2006) e os resultados da avaliação de iniciativas desenvolvidas em outros países no sentido da otimização da combinação dos RHS têm contribuído para a formação de uma base de evidência que mostra que, em áreas e condições específicas, existe espaço para ganhos de acesso, qualidade e satisfação numa diferente distribuição do trabalho entre médicos e enfermeiros, embora os resultados deste tipo de opção em termos de análise custo-benefício e de impacto no longo prazo não sejam claros (Richardson *et al*, 1995; Horrocks *et al*, 2002; Buchan *et al*, 2002; Buchan *et al*, 2004; Laurant *et al*, 2009; Delamare *et al*, 2010).

² Tradução da autora.

Contudo, o princípio geral de *policy learning* do qual resulta que este é um processo contingencial e que requer uma abordagem mais complexa do que aquela que, simplesmente, deriva da identificação e transposição de exemplos de sucesso (Rose, 1991; Dolowitz *et al*, 2000; Grin *et al* 2007; Benson *et al*, 2011), é também aplicável à formulação de políticas de RHS e de alteração do *skill mix* da força de trabalho. Os resultados de cada iniciativa de alteração do *skill mix* “apenas são verdadeiros para o tempo e espaço em que aquela foi desenvolvida”³ (Buchan *et al*, 2001, p.235) e as “diferenças de contexto tornam as extrapolações difíceis”⁴ (Dubois *et al*, 2006, p.75), condicionando o âmbito e a extensão de qualquer processo de revisão (Buchan *et al*, 2000 b).

O êxito de uma qualquer opção política depende da conjugação de vários fatores que conduzem à criação de uma “janela de oportunidade” para o seu desenvolvimento – definição clara do problema, identificação de soluções exequíveis, consenso político sobre a solução (Kingdon, 1984). A efetividade de uma política de RHS é condicionada por um conjunto de fatores – capacidade técnica, exequibilidade política, aceitabilidade social e sustentabilidade financeira (Dussault *et al*, 2003). Finalmente, são vários os aspetos que devem ser ponderados pelo decisor político que explora a opção por uma política de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem – concordância dos atores chave quanto à necessidade de expandir o campo de exercício da profissão de enfermagem para melhorar o desempenho do sistema de saúde, determinação do âmbito de exercício do enfermeiro de práticas avançadas e dos requisitos da sua formação e treino, definição do respetivo quadro regulatório e de certificação e fixação do modelo de desenvolvimento profissional e de remuneração (Buchan *et al*, 2004).

Este trabalho utiliza este referencial teórico de abordagem. Nele se considera que a força de trabalho presente no sistema de saúde português indicia uma combinação ineficiente de RHS em termos da profissão médica e de enfermagem que, contudo, pode não ser suficiente para que seja exequível modificar o *skill mix* disponível, expandindo o âmbito de exercício da profissão de enfermagem, na medida em que se reconhece que “uma modificação do *skill mix* existente pode ser a solução ideal mas pode não ser

³ Tradução da autora.

⁴ Tradução da autora.

realizável na prática, por causa de constrangimentos de contexto”⁵ (Buchan *et al*, 2000 a), p.4). Sendo vários os fatores contextuais (Buchan *et al*, 2001) que podem condicionar, e mesmo inviabilizar, a exequibilidade de uma política, a investigação selecionou, para análise, alguns dos potencialmente mais críticos no contexto de um primeiro estudo para Portugal sobre a matéria – a aceitabilidade social, a exequibilidade normativa, o processo político (Dussault *et al*, 2003) e as preferências dos profissionais de saúde (Lukosius *et al*, 2004).

A análise da exequibilidade deste tipo de política de saúde foi anteriormente realizada para outros sistemas de saúde (De Geest *et al*, 2008), mas em Portugal não são conhecidos trabalhos anteriores que explorem esta linha de investigação.

1.1.2. Conceitos e estado da arte

1.1.2.1. Políticas de recursos humanos da saúde

Este estudo situa-se no campo das políticas de RHS, entendidas como uma “componente crítica das políticas de saúde” (Dussault *et al*, 2003), na medida em que a força de trabalho em saúde representa o principal *input* do processo de produção, o principal custo direto e ordenador de despesa e um dos principais determinantes do acesso, eficácia, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde.

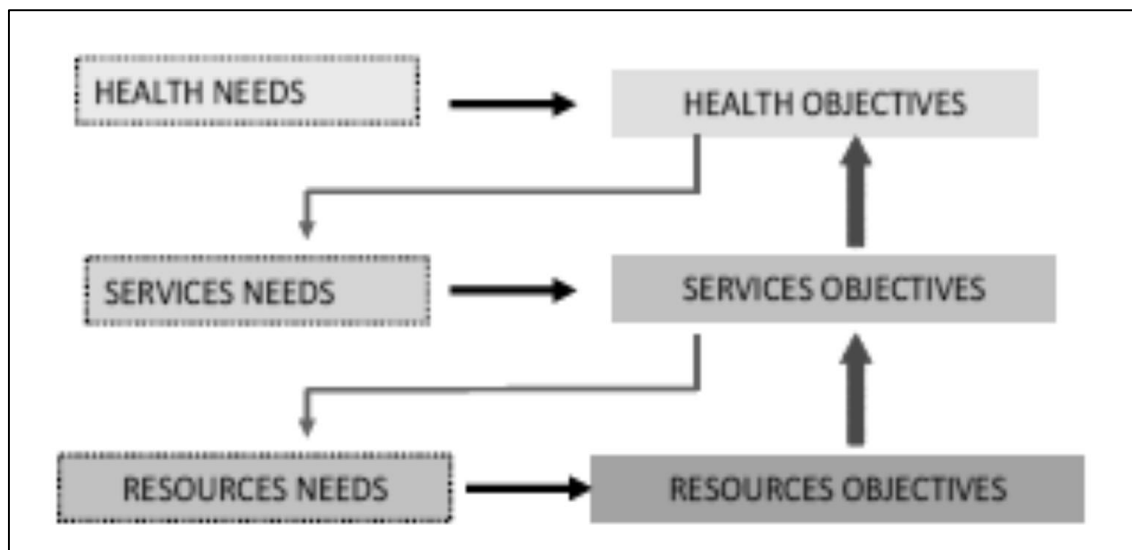
Na sua base está o reconhecimento de que, como quaisquer políticas, as políticas de RHS podem ser entendidas não só como produtos, que constituem um referencial de atuação, mas também como processos que conduzem a certos objetivos (Dussault *et al*, 2003), sendo esta a perspetiva aqui adotada. Na sua base está ainda o reconhecimento de que o entendimento das políticas como processos é, ele próprio, objeto de distintas teorizações (Jann *et al*, 2007). Classicamente, a teoria dos ciclos políticos concebeu-o como uma sucessão cronológica de etapas autónomas (identificação de um problema; definição da opção política adequada a responder-lhe; adoção, implementação e

⁵ Tradução da autora.

avaliação da opção definida), determinadas pela racionalidade técnica (Jann *et al*, 2007). Contudo, esta teoria suscitou críticas relevantes (v.g, imprecisão descritiva, fragilidade conceptual, perspectiva *top down*, desatenção aos aspetos de interação entre políticas, omissão da relevância dos diferentes atores e interesses) (Jann *et al*, 2007). Como tal, abordagens posteriores desenvolveram conceções integradas do processo político, enfatizando a repetição de fluxos de interação entre identificação de problemas e definição de soluções, à luz da influência do contexto político, económico e social e dos interesses dos atores em presença (Dussault *et al*, 2003). Em matéria de políticas de RHS estas abordagens são complementares (Leppo, 2001; Dussault *et al*, 2003), sendo ambas consideradas nesta investigação, visto que se adota a perspectiva de que a formulação de políticas de RHS é sustentada em considerações técnicas e de contexto.

O objetivo de uma política de RHS consiste em garantir a disponibilidade de uma força de trabalho com a dimensão e competências necessárias, adequadamente distribuída (Dubois *et al*, 2006), dentro do orçamento disponível e apta a satisfazer as necessidades em saúde, ou numa outra formulação, garantir a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho em saúde (Campbell *et al*, 2014). Daqui decorre uma relação hierárquica entre as necessidades em recursos, em serviços e em saúde e os objetivos (Figura 1). Considerando as necessidades como o *gap* entre a situação existente e a situação desejada e os objetivos a situação que se aspira vir a alcançar, idealmente, as necessidades em serviços resultam dos objetivos em saúde e as necessidades em recursos dos objetivos em serviços. Como tal, as políticas de recursos – e entre elas as políticas de RHS – não podem ser definidas isoladamente das políticas de serviços e das políticas de saúde de um país (Dussault *et al*, 2010 b).

Figura 1 – Relação entre necessidades e recursos no sector da saúde



Fonte: Dussault *et al*, 2010 b)

A inexistência, ou a fragilidade, das políticas de RHS resulta em desequilíbrios da força de trabalho em saúde – suscetíveis de ser entendidos em várias aceções, nomeadamente, em sentido económico, enquanto divergência entre a oferta e a procura de trabalho nas condições de mercado, ou, em sentido normativo, enquanto divergência face a padrões pré-definidos (Zurn *et al*, 2004) – e pode colocar em causa a capacidade dos sistemas de saúde cumprirem os objetivos que lhes estão, genericamente, cometidos: melhorar o estado de saúde das populações, responder às expectativas dos cidadãos e assegurar a proteção financeira face aos custos da doença (WHO, 2000).

Os fatores que condicionam o equilíbrio da força de trabalho em saúde são múltiplos e complexos, sendo enquadráveis em torno de seis dimensões: i) a procura de força de trabalho em saúde (derivada da procura de serviços de saúde e influenciada por aspetos como a elasticidade preço, a elasticidade rendimento e os tempos de espera); ii) a oferta de força de trabalho em saúde (condicionada por fatores como a escolha de uma formação profissional, a decisão de entrada e saída no mercado de trabalho, os movimentos migratórios e por todos os aspetos que influenciam as preferências dos profissionais de saúde enquanto agentes económicos); iii) o sistema de saúde (marcado pelas falhas de mercado que caracterizam o sector, pelo tempo necessário para a formação dos recursos humanos, pelo tendencial monopsonio dos Ministérios da Saúde,

pelo poder de alguns grupos profissionais e pelas barreiras derivadas da autorregulação profissional); iv) as políticas do sector da saúde e dos demais sectores (traduzidas em declarações formais de prioridades constantes do quadro legal direta ou indiretamente aplicável, de que a legislação educativa e laboral são apenas exemplos); v) os recursos disponíveis (expressos na capacidade financeira, infra-estrutural ou de conhecimento, entre outros); e, vi) os fatores globais (traduzidos no produto interno bruto do país, na geografia do território, no perfil demográfico e epidemiológico da população) (Zurn *et al*, 2004). Esta multiplicidade e complexidade de fatores, mas também de atores, que condicionam o equilíbrio da força de trabalho em saúde justificam a importância da função planeamento de RHS face ao seu contributo para ajustar a oferta e a procura de profissionais de saúde que o mercado, isoladamente, não consegue regular de acordo com os interesses da sociedade (Zurn *et al*, 2004).

Enquanto fatores condicionantes do sucesso de uma política de RHS é usual salientar a capacidade técnica (dados fiáveis sobre necessidades em saúde, serviços existentes e *stock* de profissionais disponíveis e estabilidade institucional promotora de políticas robustas), a exequibilidade política (inscrição explícita e prioritária das matérias de RHS na agenda das políticas de saúde e compromisso dos parceiros com as opções estratégicas assumidas), a aceitabilidade social (disponibilidade do ambiente social e cultural para aceitar as eventuais mudanças) e a sustentabilidade financeira (capacidade financeira para a alocação de recursos necessários à implementação) (Dussault *et al*, 2003).

1.1.2.2. Combinação de recursos humanos da saúde

O estudo assenta no pressuposto de que encontrar a combinação adequada de RHS – aqui entendidos como profissionais de saúde em aceção restrita, no sentido de “trabalhadores remunerados empregados em organizações ou instituições cujo objetivo principal é a melhoria do estado de saúde das populações”, sejam eles prestadores diretos de cuidados ou prestadores de atividades de suporte (WHO, 2006) – constitui um dos mais importantes desafios com que os sistemas de saúde, atualmente, se

confrontam (WHO, 2000; Buchan *et al*, 2000 a) e b); Buchan *et al*, 2002; Dubois *et al*, 2006). Com efeito, sendo a função produção de cuidados em saúde decorrente de uma relação entre recursos utilizados e resultados obtidos, uma das formas de melhorar o desempenho dos sistemas de saúde será obter uma conjugação mais eficiente de fatores de produção, no caso uma conjugação mais eficiente de recursos humanos. Tal depende, designadamente, da quantidade e do preço relativo dos recursos humanos disponíveis no mercado; mas depende, também, das atividades desempenhadas por esses recursos humanos.

Este problema posiciona-nos no âmbito daquilo que, na literatura internacional, se designa por *skill mix*, conceito amplo que pode ser utilizado em distintas aceções, avaliado em diversas perspetivas, modificado por influência de vários fatores e tendo em conta vários obstáculos e alavancas e classificado utilizando diferentes taxonomias.

a) **Conceito de *skill mix***

Conceptualmente, alguns autores mencionam que *skill mix*, ou *personnel mix*, pode referir-se à combinação de postos numa organização, à combinação de trabalhadores num serviço, à combinação de competências disponíveis num dado momento ou à combinação de atividades que integram um determinado papel profissional (Buchan *et al*, 2000 a) e b); Buchan *et al*, 2001; Buchan *et al*, 2002).

Outros autores consideram que o conceito pode também referir-se à combinação de competências possuídas por um indivíduo, à combinação de elementos juniores e seniores dentro de um grupo profissional ou à combinação de diferentes profissionais numa equipa multidisciplinar (Sibbald *et al*, 2004).

Finalmente, outros autores argumentam ainda que o conceito de *skill mix* é utilizado indistintamente do de *staff-mix* e que este exprime mais adequadamente as quatro aceções em que, regra geral, se utiliza aquela noção (i.e., combinação do número total de trabalhadores por grupo profissional, combinação de qualificações por grupo profissional, combinação de experiências por grupo profissional e combinação de

formações disciplinares na equipa de saúde), sublinhando que a utilização do termo *skill mix* não deve esquecer que, na prática, as qualificações académicas, os títulos profissionais e os anos de experiência são utilizados como *proxies* das competências (Dubois *et al*, 2009).

Neste estudo recorrer-se-á ao conceito de *skill mix* na aceção seguida por Buchan *et al* e por Sibbald *et al* de combinação de atividades num determinado papel profissional e de combinação de diferentes profissionais numa equipa multidisciplinar (Buchan *et al*, 2000 a) e b); Buchan *et al*, 2001; Buchan *et al*, 2002; Sibbald *et al*, 2004).

b) Abordagens de avaliação do *skill mix*

A avaliação do *skill mix* presente na força de trabalho pode ser realizada numa perspetiva qualitativa, considerando os elementos de um mesmo grupo profissional (v.g., médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar e médicos especialistas de Medicina Interna, enfermeiros sem especialidade e enfermeiros especialistas) e numa perspetiva quantitativa, considerando os elementos de diferentes grupos profissionais (v.g., médicos e enfermeiros, enfermeiros e auxiliares) (Buchan, 1999; Buchan *et al*, 2000 b).

Neste estudo utilizar-se-á uma perspetiva quantitativa da avaliação do *skill mix* presente na força de trabalho em saúde em Portugal, na ótica das profissões médica e de enfermagem.

Em qualquer das abordagens, uma avaliação detalhada do *skill mix* disponível na força de trabalho pode ser realizada pela utilização de uma de oito técnicas diferentes, cada uma delas com vantagens e desvantagens e muitas vezes utilizadas em simultâneo: i) análise de tarefas (contagem de frequência e custo de tarefas, realizada por observadores externos, para definir perfis profissionais e necessidades); ii) análise de atividades (contagem de frequência de atos, realizada por observadores externos, em intervalos de tempo fixos, para determinar possível realocação de recursos); iii) diário de atividades (contagem de frequência de atos, realizada pelos próprios trabalhadores, em intervalos

de tempo fixos, para determinar possível realocação de recursos); iv) graus de dependência dos doentes (classificação dos doentes em grupos, de acordo com as respetivas necessidades de cuidados e ligação a padrões de horas de trabalho necessárias); v) reengenharia de perfis profissionais de base zero (análise detalhada da combinação de profissionais disponível, das suas atividades, competências e custos e definição de opções alternativas tendo em vista a obtenção da combinação ideal); vi) avaliação profissional (análise conjunta, realizada por trabalhador e gestor, das atividades desenvolvidas para juízo sobre realocação de trabalho); vii) entrevista de análise de tarefas (entrevista individual ou de grupo para descrição e reflexão sobre a distribuição do trabalho); viii) *brainstorming* (discussão de aspetos suscetíveis de melhoria com base na informação disponível sobre distribuição do trabalho) (Buchan, 1999; Buchan *et al*, 2000 a) e b).

Qualquer uma destas técnicas enfrenta dificuldades práticas complexas. Por um lado, não é fácil identificar indicadores de resultados dos cuidados prestados aos doentes que sejam adequados como não é fácil determinar o impacto da atuação de um grupo profissional, isolando-o dos resultados da atuação de um outro e avaliar os efeitos da atuação de um grupo profissional controlando os efeitos do conjunto de outros elementos que envolvem a atividade assistencial. Assim, neste tipo de técnicas recorre-se, normalmente, a indicadores de qualidade dos cuidados prestados enquanto *proxies* dos indicadores de resultados do estado de saúde dos doentes (Buchan *et al*, 2000 b). Por outro lado, também não é fácil obter os custos exatos da utilização de cada tipo de trabalhadores, tendo em conta custos diretos e indiretos, variações salariais, entre outros aspetos. Deste modo, habitualmente, consideram-se os custos médios salariais e incorporam-se os custos das necessidades adicionais de formação inerentes ao processo de modificação do *skill mix* (Buchan *et al*, 2000 b).

c) Fatores determinantes de modificações do *skill mix*

Os fatores determinantes de modificações no *skill mix* variam em função das concretas organizações prestadoras de serviços, dos sistemas de saúde e até dos países e podem, consequentemente, ser de origem local ou nacional (Buchan *et al*, 2001).

Comumente, a literatura identifica como principais razões de mudanças do *skill mix* disponível num dado momento fatores como: a carência de determinados profissionais de saúde; o aumento da procura e constrangimentos no acesso; a redução da despesa em saúde e a procura da melhoria da relação custo-efetividade dos cuidados; a busca de melhoria dos padrões de qualidade; a disponibilização de novas tecnologias e procedimentos; a oferta de novas tipologias de serviços e o desenvolvimento de novos programas de saúde; a alteração do enquadramento legal e regulatório das profissões (Buchan *et al*, 2002). Frequentemente, estes constrangimentos coexistem (Buchan, 1999; Bougeault *et al*, 2008) e a modificação do *skill mix* não constitui a única resposta possível para os ultrapassar (Buchan *et al*, 2002). Este estudo considerará que, em Portugal, a revisão do *skill mix* presente na força de trabalho em saúde se justifica por uma constelação destes aspetos, conforme adiante se discutirá.

Ao referir que a carência de determinados profissionais de saúde (v.g., por efeito de deficiente distribuição geográfica ou sectorial) é um dos fatores invocados para justificar uma modificação do *skill mix* disponível, importa não esquecer que essa modificação, quando insuficientemente planeada, pode originar desequilíbrios noutra grupo profissional, o que conduz à necessidade de uma abordagem integrada dos RHS. De igual modo, ao referir que a redução da despesa é outro daqueles fatores justificativos, também não pode esquecer-se que, por um lado, a substituição de profissionais de preço relativo mais elevado por outros de preço menor apenas se traduzirá em diminuição de custos se estes últimos não consumirem mais recursos para produzir o mesmo volume e tipo de cuidados, e que, por outro lado, a modificação do *skill mix* disponível é, num primeiro momento, indutora de despesa, face à necessidade de formação adicional, o que implica reflexão quando se considera esta opção (Bougeault *et al*, 2008).

d) Obstáculos e alavancas para modificações do *skill mix*

São muitos os fatores de contexto suscetíveis de condicionar a modificação do *skill mix* disponível na força de trabalho em saúde, nomeadamente em termos do *skill mix* das profissões médica e de enfermagem (Buchan *et al*, 2004; Dubois *et al*, 2006; Delamair

et al, 2010) em que este estudo se concentra. Alguns desses fatores funcionam como obstáculos, outros como alavancas, e, por vezes, um mesmo fator funciona nos dois sentidos. A sua ponderação cuidadosa é essencial. Mencionam-se os mais significativos.

A carência de médicos e a disponibilidade de enfermeiros (Delamaire *et al*, 2010) constitui, provavelmente, o fator mais invocado como alavanca da revisão da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros, alargando o campo de exercício da profissão de enfermagem. Tal poderá justificar-se por razões históricas, na medida em que a origem dos *nurse practitioners* nos Estados Unidos da América e no Canadá se encontra associada à falta de cobertura médica em áreas remotas (Pulcini *et al*, sem data; Kaasaleinen *et al*, 2010). Contudo, não poderá inferir-se que uma dotação de recursos humanos médicos considerada ajustada seja inibitória de uma expansão dos papéis profissionais de enfermagem que, neste caso poderá ser motivada, por exemplo, por critérios de melhoria do acesso ou do custo-efetividade dos cuidados prestados. Ao invés, um baixo número de enfermeiros poderá limitar a capacidade de desencadear um processo de alargamento da esfera de intervenção dos enfermeiros, salvo mediante prévio reforço da dimensão deste grupo profissional, sem a qual uma opção deste tipo poderia traduzir-se em sobrecarga de trabalho, desmotivação profissional e deterioração da qualidade dos cuidados prestados.

A competência técnica dos enfermeiros para um exercício profissional mais vasto (Buchan *et al*, 2004) – fruto da crescente diferenciação que, nos últimos anos, tem caracterizado a evolução do ensino da enfermagem em muitos países – constitui também uma das alavancas, frequentemente, referidas (Kroezen, 2014). Com ela se combinam expectativas profissionais de um desempenho mais autónomo e estimulante, acompanhado de progressão profissional no campo da prestação direta de cuidados e sem necessidade de transição para funções de ensino ou de gestão (De Geest *et al*, 2008). A crescente qualidade técnica do ensino graduado em enfermagem não prejudica a necessidade de formação e treino específicos para a expansão do exercício; a consensualização entre profissionais, empregadores e reguladores dos conteúdos gerais desta formação e do critério da sua titularidade obrigatória constituem, eles próprios, alavancas das modificações do *skill mix*.

A liderança do processo de modificação do *skill mix* é uma alavanca crítica para o sucesso de uma estratégia de revisão da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros. A importância da liderança do processo faz-se sentir aos níveis macro, meso e micro (Nelson *et al*, 2014). Ao nível macro, a liderança pelo decisor político contribui para atenuar resistências e acautela o alinhamento dos quadros legal e regulatório, dos *curricula* formativos e dos modelos de remuneração e financiamento. Ao nível meso, a liderança pelas organizações, assegura que os ajustamentos necessários aos novos modelos de cuidados são realizados, nomeadamente, em termos de sistemas de informação, de protocolos de trabalho e de mecanismos de monitorização e avaliação. Ao nível micro, a liderança pelas equipas de saúde garante a efetiva implementação da estratégia; a liderança dos profissionais que vêem os seus papéis expandidos é, ela própria, determinante para que a equipa e os utentes reconheçam a mais-valia da sua atuação na resposta a necessidades não satisfeitas (Niezen *et al*, 2014).

A posição dos *stakeholders* relativamente a alterações da combinação de papéis profissionais (v.g., aprovação, hostilidade, neutralidade) constitui outro dos fatores sublinhados pelos autores (Buchan *et al*, 2004, Delamaire *et al*, 2010). Entre os parceiros sociais mais relevantes neste campo incluem-se os reguladores profissionais, sendo que, genericamente, as ordens de enfermagem se posicionam favoravelmente à expansão do campo de exercício profissional (v.g., exercendo *lobby*, *advocacy*) e as ordens dos médicos adversamente à mudança (o que não inibe apoios individuais ao modelo). Outros *stakeholders* relevantes são os sindicatos, as entidades patronais, as escolas e os próprios consumidores de cuidados de saúde.

Os modelos de remuneração (Buchan *et al*, 2004; Dubois *et al*, 2006; Delamaire *et al*, 2010) constituem outro fator crítico dos processos de modificação do *skill mix*, suscetível de funcionar como barreira – tipicamente o caso do pagamento ao ato, em que o profissional procura maximizar o seu rendimento pela manutenção do maior número de atos remunerados dentro da sua jurisdição – ou alavanca – tipicamente o caso do pagamento por salário, em que o profissional é mais permeável a alterações na sua reserva de exercício por daí não resultar perda de rendimento. Os modelos de

capitação e de pagamento pelo desempenho são, teoricamente, mais encorajadores para o trabalho em equipa e para uma combinação eficiente do *skill mix* (Delamaire *et al*, 2010; Nelson *et al*, 2014).

O nível de centralização/descentralização da decisão sobre estratégias de gestão de RHS que caracteriza cada sistema de saúde pode, também, funcionar como barreira ou alavanca dos processos de modificação do *skill mix* (Buchan *et al*, 2004). Em sistemas de saúde em que o grau de autonomia gestionária é maior, as autoridades regionais e institucionais poderão gozar de maior flexibilidade para decidir que efetivos contratar e como alocar a carga de trabalho; em sistemas em que essa margem é menor, ou inexistente, será mais difícil adequar a distribuição do trabalho às concretas necessidades assistenciais e de desenho da oferta de serviços. Ainda assim, num sistema de decisão centralizada, a implementação de estratégias *top down* de revisão da combinação das competências disponíveis poderá ser de mais fácil implementação, o que não inibe que se reconheça que a efetividade de qualquer estratégia nesta matéria carece de uma combinação de abordagens em que as iniciativas *bottom up* são fundamentais.

O quadro legal e regulatório pode constituir um obstáculo à introdução de modificações no *skill mix* disponível na força de trabalho e uma barreira à inovação (Dubois *et al*, 2006; Delamaire *et al*, 2010), dado que a amplitude com que os conteúdos profissionais se encontram normativamente descritos pode impedir uma diferente distribuição do trabalho sem precedência de adequação da moldura jurídica. O mesmo constrangimento pode verificar-se com os quadros de atuação de sectores sociais distintos, por exemplo, saúde e segurança social (Sibbald *et al*, 2004). Por seu turno, uma insuficiente regulamentação das funções que, numa revisão do *skill mix*, se optou por expandir ou transferir pode funcionar como ameaça à segurança jurídica percebida pelos vários atores do sistema de saúde.

Finalmente, a incapacidade de afetação de fundos para o financiamento das políticas de revisão do *skill mix* constitui um obstáculo dificilmente transponível. Sendo a obtenção de uma melhor relação custo-efetividade dos cuidados prestados um dos fatores

determinantes das modificações da combinação da força de trabalho, esta necessidade constitui um aparente paradoxo. Todavia, como referido em c), numa fase inicial da implementação de qualquer alteração, há necessidade de investimento em educação e treino adequados a uma prática profissional segura e de qualidade pelos RHS que se pretende realocar. Consequentemente, quanto maior for o *gap* entre competências existentes e competências necessárias, maior será o investimento que, todavia, pode ser atenuado através do apoio encontrado na utilização de novas tecnologias e de protocolos de trabalho (Sibbald *et al*, 2004). Acresce que as novas formas de trabalhar poderão ter uma expansão mais rápida do que a descontinuação das antigas, daqui também resultando custos adicionais que importa não menosprezar. Em síntese, conforme já sublinhado anteriormente, no curto prazo, uma revisão do *skill mix* não se traduz em redução de custos (Bourgeault *et al*, 2008).

A ponderação destes fatores de contexto enquanto barreiras e/ou alavancas no sistema de saúde português far-se-á em outra secção.

e) **Estratégias de modificação do *skill mix***

Muitas vezes, as mudanças no *skill mix* ocorrem incrementalmente, à medida que um grupo profissional assume novos papéis e outro os abandona (Dubois *et al*, 2006). Mas as modificações do *skill mix* podem concretizar-se através de estratégias mais ou menos estruturadas, suscetíveis de classificação teórica nem sempre claramente destringível em termos práticos. Sem o propósito de se ser exaustivo, referem-se aqui algumas dessas classificações teóricas.

Uma taxonomia frequentemente citada é a que refere que as mudanças de *skill mix* podem ocorrer: i) dentro de um dado serviço, por “valorização” (aumentar a profundidade de um trabalho através do enriquecimento dos papéis ou das competências de um grupo profissional específico dentro do seu campo de exercício), “substituição” (expandir a amplitude de um trabalho, ultrapassando divisões profissionais ou trocando um tipo de trabalhador por um outro), “delegação” (atribuir uma tarefa a um profissional diferente numa mesma escala unidisciplinar) ou “inovação” de papéis

profissionais (criar um novo trabalho pela introdução de um novo tipo profissional); ou, ii) através do interface entre serviços, por “transferência” (alterar o sector da prestação de cuidados), “realocação” (alterar o local da prestação de cuidados mantendo a equipa profissional) ou “ligação” (utilizar especialistas de um sector para formar e apoiar as equipas de outro sector) (Sibbald *et al*, 2004).

Muito próxima desta classificação situa-se aquela que refere que as modificações do *skill mix* ocorrem: i) “diretamente”, pela alteração dos papéis profissionais, através de “extensão/substituição/delegação” ou pela “introdução de um novo papel profissional”; ou, ii) “indiretamente”, pela modificação no interface entre serviços, isto é, no local em que os serviços são prestados, através de “transferência”, “realocação” e “ligação” (Bourgeault *et al*, 2008).

Uma outra classificação é a que foi utilizada no âmbito do *Changing Workforce Programme* inglês que considerou ser possível alterar o *skill mix* presente na força de trabalho por via de: i) “alteração da combinação de papéis profissionais” (um papel profissional é atribuído a um grupo disciplinar diferente); ii) “alargamento de um papel profissional” (um papel profissional é expandido no seu âmbito, abarcando funções anteriormente desempenhadas por outros); iii) “aprofundamento de um papel profissional” (um papel profissional é enriquecido mediante a atribuição de maior responsabilidade e/ou autonomia); ou, iv) “introdução de um novo papel profissional” (um papel profissional é criado, combinando novas e/ou funções existentes de forma inovadora) (Hyde *et al*, 2005).

Finalmente, considerando que a gestão de competências consiste na habilidade organizacional para otimizar a utilização da força de trabalho, alguns autores classificam as alterações que se produzem a este nível em: i) “desenvolvimento de competências” (capacidade de uma força de trabalho de assumir novos papéis e funções), depois sub-classificada em “valorização de papéis” (expansão vertical de competências dentro de uma mesma profissão no sentido de um maior controlo e responsabilidade) e em “alargamento de papéis” (acumulação e diversificação horizontal de competências dentro de uma mesma profissão no sentido de uma maior

integração de cuidados); e, ii) “flexibilidade de competências” (capacidade de uma força de trabalho multifacetada desempenhar diferentes papéis, mobilizando diferentes competências), também depois sub-classificada em “substituição de papéis” (extensão dos campos de exercício de uma profissão para além das tradicionais fronteiras, tendo em vista uma utilização mais eficiente da força de trabalho) e “delegação de papéis” (transferência de certas tarefas de uma profissão para outra, ultrapassando as demarcações profissionais tradicionais e libertando tempo de trabalho da profissão delegante para tarefas que apenas ela pode desempenhar) (Dubois *et al*, 2009).

f) *Skill mix e task shifting*

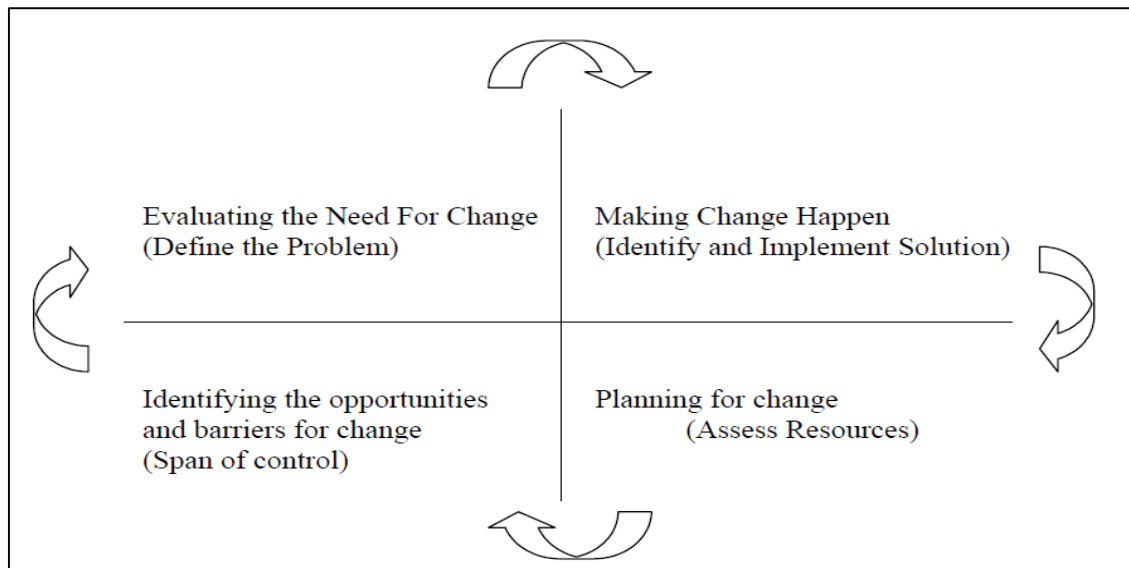
O conceito de *skill mix* não se confunde com o conceito de *task shifting*. O *task shifting* baseia-se na redistribuição racional de tarefas entre os elementos de uma equipa de trabalho e traduz a ideia de que, quando apropriado, tarefas específicas podem ser transferidas de profissionais altamente diferenciados para outros com treino mais curto e menor especialização, de modo a conseguir uma utilização mais eficiente da força de trabalho da saúde (WHO, 2008). O *task shifting*, ou *task delegation*, pode fazer-se por uma de duas vias: i) transferência de tarefas de um grupo de trabalhadores para um outro grupo já existente menos diferenciado; ou, ii) transferência de tarefas de um grupo de trabalhadores para um outro grupo novo menos diferenciado (Bluestone, 2006). Consequentemente, o *task shifting* constitui apenas uma das formas de alteração do *skill mix*, aquela que, na anteriormente referida taxonomia de Sibbald *et al*, corresponde à substituição de profissionais no desempenho de determinados papéis (Sibbald *et al*, 2004). Assim, não se estranhará que, tal como em qualquer processo de revisão do *skill mix*, a utilização do *task shifting*, enquanto abordagem à resolução dos desequilíbrios da força de trabalho, radique em carência de determinado tipo de trabalhadores, necessidade de redução de custos ou intuito de melhoria da qualidade (Bluestone, 2006). De igual modo, não se estranhará que uma implementação segura, efetiva e sustentável do *task shifting* suscite recomendações idênticas às que norteiam qualquer revisão do *skill mix* (Bluestone, 2006; WHO, 2008).

O âmbito deste estudo é prévio ao de uma análise da adequação do *task shifting* às necessidades do sistema de saúde português; apenas após determinar a exequibilidade de uma revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros pode discutir-se a estratégia de modificação.

1.1.2.3. Recomendações para um processo de revisão do *skill mix* disponível

A revisão da combinação de papéis profissionais e a definição dos seus exatos conteúdos são determinadas por um variado leque de motivos; muitos deles decorrem da evolução histórica das profissões e dos poderes das entidades regulatórias. Porém, raramente é tido em consideração qual é a profissão mais adequada a desempenhar um determinado papel (Dubois *et al*, 2006).

A literatura sugere que, num processo de revisão do *skill mix*, se considere um conjunto de etapas (Figura 2). A primeira etapa envolve a avaliação da efetiva necessidade de introduzir modificações ao *skill mix* disponível, ou seja, a identificação dos problemas para os quais a revisão pretende ser solução e a apreciação da capacidade de, por essa via, lhes responder. Nesta fase colocam-se, portanto, dois grupos de questões: por um lado, o grupo de questões relacionado com a clarificação do ponto de partida em termos da oferta de serviços, atividades, organização de recursos, resultados; por outro lado, o grupo de questões relacionado com o problema identificado e as várias alternativas de solução. A segunda etapa traduz-se na identificação da margem de controlo sobre as oportunidades e ameaças para a mudança (v.g., estrutura remuneratória, autonomia do sector de educação, valores culturais). A terceira etapa incide na consideração dos recursos necessários e no planeamento da mudança. A última etapa implica a escolha da abordagem adequada (principalmente influenciada pelo tempo e recursos disponíveis) e a implementação da mudança propriamente dita (v.g, envolvimento dos profissionais, estratégia de comunicação, definição de indicadores de medida), encerrando o ciclo e determinando o regresso à primeira etapa para a avaliação do novo *skill mix* disponível e de novas mudanças eventualmente necessárias (Buchan *et al*, 2000 a) e b)

Figura 2 – Ciclo de avaliação do *skill mix*

Fonte: Buchan *et al*, 2000 a).

Reconhece-se que esta metodologia de abordagem à revisão do *skill mix* nem sempre é de utilização linear porque corresponde a um modelo técnico ideal (Buchan *et al*, 2000 b); contudo, ela fornece um mapa de abordagem das questões que devem ser colocadas numa iniciativa deste tipo e fornece coordenadas que, ao longo deste estudo, serão tidas em consideração.

Uma metodologia complementar da descrita, e especificamente referida a propósito do processo de *task shifting*, é a que se baseia nas cinco fases que abrangem: i) recolher e analisar a informação existente sobre RHS para tomar a decisão de operar mudanças; ii) estabelecer parcerias estratégicas para obter a liderança e as mudanças políticas necessárias à implementação; iii) incorporar a perspetiva dos utentes e da comunidade para garantir que as modificações serão aceites por aqueles a que se destinam; iv) planear cuidadosamente as implicações do *task shifting* nos RHS; v) efetuar um planeamento que garanta que as estratégias de recrutamento e seleção permitirão atingir os objetivos de desenvolvimento (Bluestone, 2006).

1.1.2.4. *Skill mix* entre médicos e enfermeiros

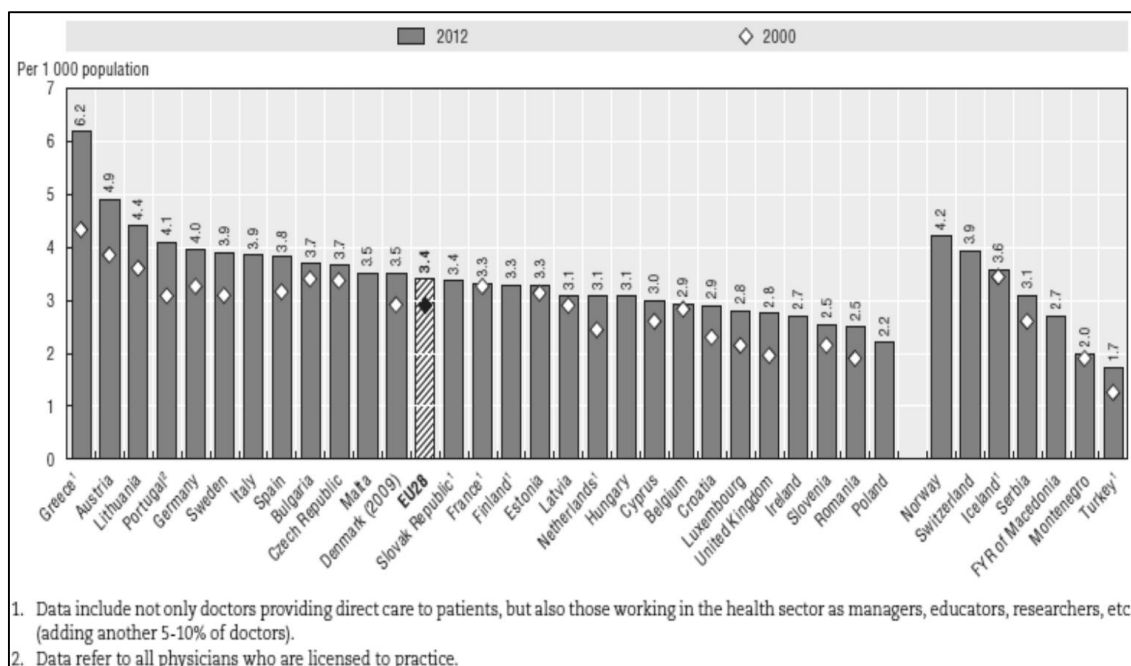
A combinação das profissões médica e de enfermagem constitui uma das áreas mais investigadas no campo da análise do *skill mix* da força de trabalho em saúde (Buchan *et al*, 2002; Sibbald *et al*, 2004; Buchan *et al*, 2004; Bourgeault *et al*, 2008; Dubois *et al*, 2009).

a) Indicadores do *skill mix* entre médicos e enfermeiros

A uma sub ou sobre representação de um determinado grupo profissional na força de trabalho em saúde corresponde, por regra, uma utilização ineficiente dos RHS, enquanto uma combinação custo-efetiva de profissões tende a melhorar a cobertura dentro da capacidade financeira disponível (WHO, 1990).

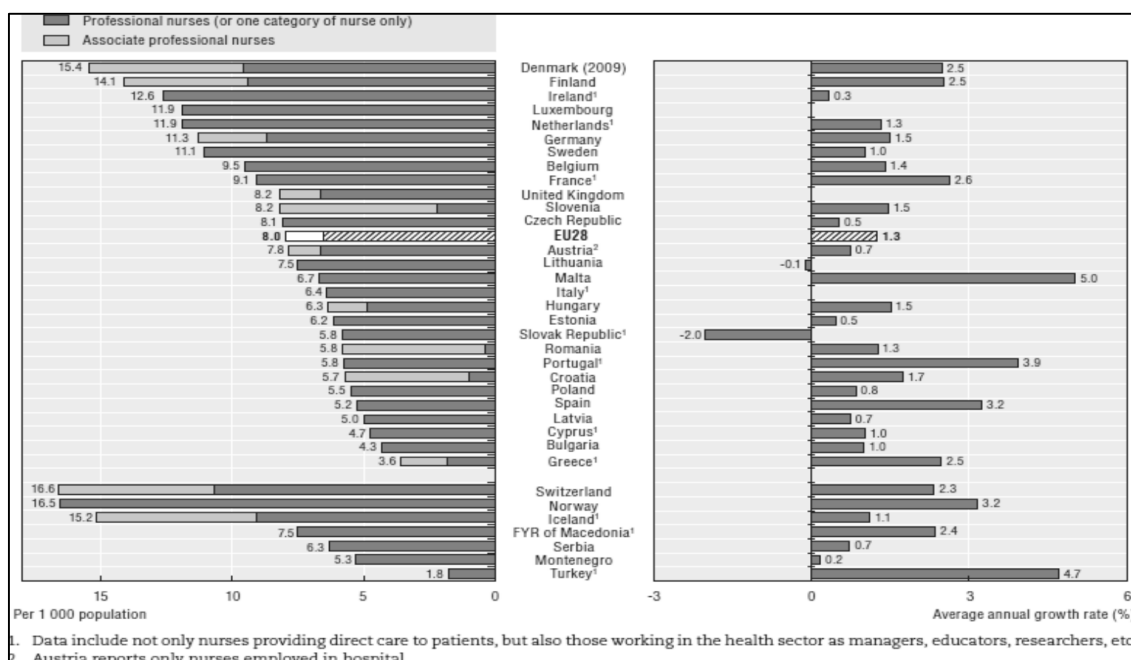
Ainda que se saiba que não há um valor ideal para estes indicadores (WHO, 2000), a análise do número de médicos e de enfermeiros/1.000 habitantes e o rácio enfermeiros/médicos presentes nos sistemas de saúde dos países da União Europeia-28 (UE-28) evidenciam diferenças significativas, conforme também é salientado em recentes relatórios (Campbell *et al*, 2014). Efetivamente, em 2012, o número de médicos/1.000 habitantes variava entre 6,2 na Grécia e 2,2 na Polónia, sendo a média do grupo de 3,4 (Quadro 1) e o número de enfermeiros/1.000 habitantes variava entre 15,4 na Dinamarca e 3,6 na Grécia, sendo a média do grupo de 8,0 (Quadro 2) (OECD, 2014). No mesmo ano, o rácio enfermeiros/médicos variava entre 4,4 enfermeiros por médico na Dinamarca e 0,6 enfermeiros por médico na Grécia; a média do grupo era de 2,3 enfermeiros por médico (Quadro 3) (OECD, 2014).

Quadro 1 – Médicos/1.000 habitantes, Europa (2000 e 2012 ou ano mais próximo)



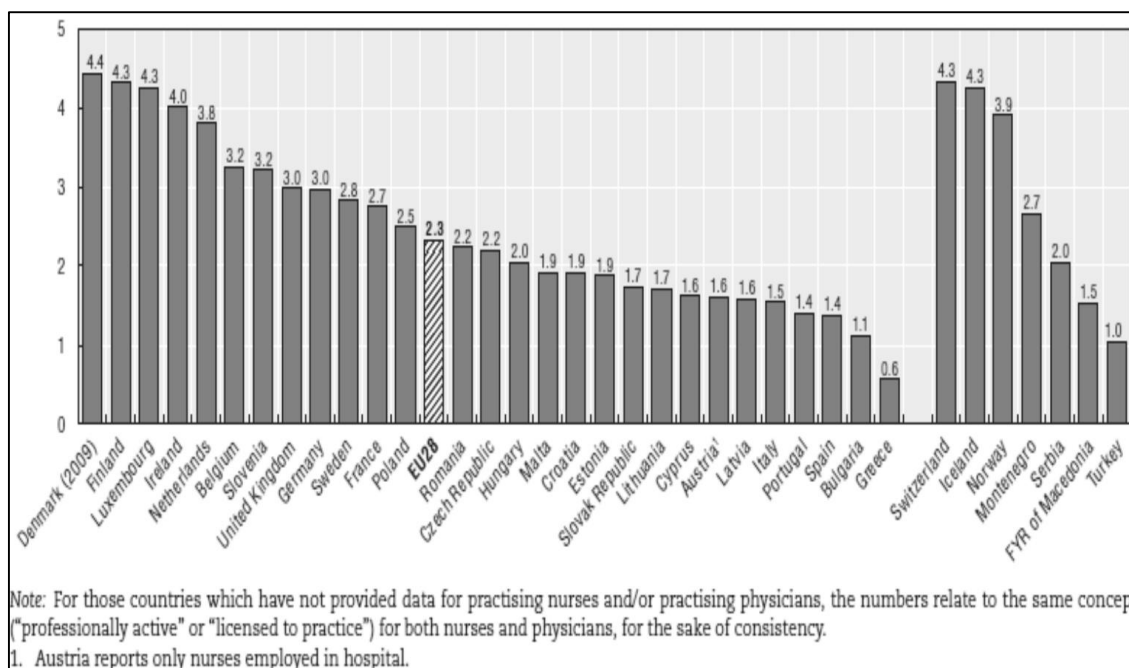
Fonte: OECD, 2014

Quadro 2 – Enfermeiros/1.000 habitantes, Europa (2000 e 2012 ou ano mais próximo)



Fonte: OECD, 2014

Quadro 3 – Rácio enfermeiros/médicos, Europa (2012 ou ano mais próximo)



Fonte: OECD, 2014

Certamente que se reconhece que as variações anteriormente descritas são parcialmente justificadas por diferentes fontes de informação e fórmulas de apuramento de efetivos ao nível de cada país (v.g., Portugal considera todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos; a Eslováquia, a Finlândia, a França, a Grécia e a Holanda consideram indistintamente os médicos prestadores diretos de cuidados e os médicos que trabalham na gestão, no ensino e na investigação; a Áustria considera apenas os enfermeiros em contexto hospitalar; a Alemanha não considera os enfermeiros com três anos de formação a trabalhar no apoio a idosos) e que não revelam as diferentes categorias que, em alguns países, existem dentro da mesma profissão (v.g. diferentes níveis de enfermagem que resultam de diferentes formações e traduzem diferentes campos de exercício), mas elas constituem um indicador básico das diferenças na disponibilidade de recursos humanos e das diferenças no *skill mix* de enfermeiros e médicos em distintos sistemas de saúde (Ploegh *et al*, 2011).

A análise da composição da força de trabalho presente no sistema de saúde português indicia uma combinação ineficiente de recursos humanos (Dussault *et al*, 2010). O número de médicos/1.000 habitantes, de 4,1 em 2012, situava-se acima do da média de

3,4 dos 28 países da UE; ao contrário, nesse mesmo ano o número de enfermeiros/1.000 habitantes, sendo de 5,8, situava-se bastante abaixo da média de 8,0 do mesmo grupo. Apesar de Portugal ter registado, nos anos de 2000 a 2012, um dos crescimentos médios anuais de efetivos de enfermagem mais elevados dos países da UE-28 (Quadro 2), no ano de 2012 o país mantinha um dos mais baixos números de enfermeiros/1.000 habitantes dos países da União Europeia. Dado que, naquele período, Portugal também tinha registado um aumento do número de médicos/1.000 habitantes (Quadro 1) e que, no ano de 2012, ocupava o quarto lugar no grupo dos países da UE-28 relativamente a este indicador, o seu rácio de enfermeiros/médico também se mantivera relativamente constante. Assim, em 2012, Portugal tinha um rácio enfermeiros/médico de 1,4 e, no grupo dos países da UE-28, apenas a Bulgária e a Grécia apresentavam rácios mais baixos (Quadro 3). Este rácio seria ainda menor, cerca de 1,0, caso se considerasse apenas o sector dos cuidados de saúde primários (CSP) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Uma análise prospetiva das tendências de formação de médicos e enfermeiros em Portugal sugere a manutenção desta distribuição, num cenário de ausência de medidas corretivas. Em Portugal, em 2011, o número de novos diplomados em enfermagem era de 32,1 por 100.000 habitantes, abaixo da média de 42,9 registada nos 31 países da OCDE para os quais havia informação disponível nesse ano (OECD, 2013). Contudo, o atual Plano Nacional de Saúde projeta um crescimento do número de enfermeiros no país, com uma meta de 8,01 enfermeiros/1.000 habitantes para 2016 (Ministério da Saúde, 2013). Importa, todavia, sublinhar que o *stock* disponível de RHS não depende apenas da capacidade formativa do sistema nacional de ensino; fatores como a absorção de profissionais diplomados em outros países ou a saída do mercado de trabalho, designadamente por emigração, devem ser também tidos aqui em consideração (Zurn *et al*, 2004). O impacto da crise económica com que, desde 2011, o país se confronta, que trouxe consigo a incapacidade financeira das instituições de saúde para assegurarem novas admissões (ou substituírem as saídas que resultam de aposentações) e a centralização nos Ministros da Saúde e das Finanças das autorizações de contratação, justificou, em grande medida, a emigração de um número indeterminado de enfermeiros portugueses (Dussault *et al*, 2014).

b) Evidência sobre modificações no *skill mix* entre médicos e enfermeiros

Em países como os Estados Unidos da América e o Canadá fatores como os enunciados em 1.1.2.2.c) conduziram, desde a década de 60 do século XX, a iniciativas de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem (Pulcini *et al*, sem data; Kaasaleinen *et al*, 2010), com base na ideia de que, para alguns dos problemas identificados, uma resposta possível residia numa diferente alocação do trabalho. Da América do Norte estas iniciativas estenderam-se, primeiramente, a outros países de matriz anglo-saxónica (Reino Unido e Austrália) e depois a outros países desenvolvidos (Bélgica, Chipre, Finlândia, França, Japão, Polónia e República Checa) (Delamaire *et al*, 2010) mas também a países de baixa renda localizados em África, Ásia e América do Sul (WHO, 2008; All-Party Parliamentary Group on Global Health and the Africa All-Party Parliamentary Group, 2012).

Em qualquer caso, para além de alguns ensaios controlados, a maior parte da evidência disponível sobre a avaliação da efetividade destas iniciativas resulta de revisões sistemáticas da literatura e meta-análises de estudos produzidos num pequeno número de países anglo-saxónicos, sobretudo nos Estados Unidos da América e no Canadá, ainda que também no Reino Unido e na Austrália (Brown *et al*, 1993; Richardson *et al*, 1995; Horrocks *et al*, 2002; Buchan *et al*, 2002; Sibbald *et al*, 2004; Laurant *et al*, 2009; Delamaire *et al*, 2010). Para além do potencial viés resultante do facto de os resultados poderem ser influenciados pelas características do país e do seu sistema de saúde, os autores referem várias outras limitações dos estudos por si analisados: seleção não aleatória da totalidade dos estudos e inexistência de avaliação de custo-efetividade (Brown *et al*, 1993); desenho frágil, resultados datados e restritos a determinados *settings* de cuidados, ausência/inconsistência de evidência sobre resultados da substituição de médicos por enfermeiros em termos de custo-efetividade (Richardson *et al*, 1995); ambiguidade sobre a utilização do termo *nurse practitioner*, heterogeneidade entre os estudos em relação aos indicadores de resultados utilizados, falta de dados para fazer comparações robustas sobre custos dos cuidados (Horrocks *et al*, 2002); viés de publicação decorrente da tendência para não registar experiências de insucesso na alteração do *skill mix* (Buchan *et al*, 2002); falta de dados para análise de custos e

ausência de avaliação do impacto das modificações no sistema de saúde em geral (Sibbald *et al*, 2004); baixo poder dos estudos para medir a equivalência de cuidados prestados por médicos e por enfermeiros, limitações metodológicas e insuficiência do período de *follow-up* dos doentes (Laurant *et al*, 2009); não ponderação do impacto de fatores organizacionais e financeiros que podem resultar da introdução de *advanced practice nursing* (APN) afetando o respetivo custo-efetividade e dificuldade de isolar o papel destes profissionais no contexto de um trabalho de equipa (Delamaire *et al*, 2010).

Ainda assim, embora alguns estudos refiram que as implicações deste tipo de opção em termos de análise custo-benefício e de impacto no longo prazo não são claras, há evidência de que, em áreas e condições específicas, os enfermeiros podem prestar cuidados equivalentes aos dos médicos, conforme a seguir se descreve.

Uma meta-análise sobre o papel de *nurse practitioners* e *midwives* por comparação com o de médicos, nos Estados Unidos da América (Brown *et al*, 1993), revelou uma maior adesão ao tratamento (v.g., seguimento da terapêutica, comparência às consultas, mudanças de estilos de vida) nos doentes seguidos por enfermeiros do que naqueles acompanhados por médicos. Outros indicadores, como qualidade dos cuidados, prescrição de fármacos, estado funcional, número de consultas por doente e recurso à urgência revelaram desempenhos semelhantes. Os enfermeiros e parteiros atingiam resultados comparáveis aos dos médicos e usavam menos tecnologia e analgesia.

Outros autores (Richardson *et al*, 1995) constataram que, de acordo com os estudos analisados numa revisão sistemática da literatura, entre 30% e 70% das tarefas realizadas por médicos poderiam ser executadas por enfermeiros e que 30% dos médicos poderiam ser substituídos por enfermeiros. Mas os autores sublinharam 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; era necessário avaliar o tempo de trabalho necessário por um e pelo outro grupo, a necessidade de supervisão médica do trabalho de enfermagem e os resultados qualitativos do desempenho de cada uma das profissões.

Também com base numa revisão sistemática da literatura, estudos sobre o papel dos *nurse practitioners* em contexto de CSP (Horrocks *et al*, 2002) revelaram que estes enfermeiros podiam prestar cuidados com resultados, pelo menos, equivalentes aos prestados pelos médicos; apuraram, igualmente, que os utentes se manifestavam mais satisfeitos com os cuidados prestados por estes enfermeiros, cuja prática demonstrava que prescreviam mais exames do que os médicos e realizavam consultas mais longas. Contudo, os autores sublinhavam que os estudos incluídos na revisão não continham evidência suficiente para análises de custo-efetividade robustas e que a heterogeneidade dos indicadores de qualidade de vida, estado de saúde e resultados utilizados nas diversas análises inviabilizava qualquer comparabilidade.

Estudos de alguns autores (Buchan *et al*, 2002), baseados em meta-análises e revisões da literatura realizadas em outras investigações, concluíram que há evidência de que em *settings* em que existe coincidência atual ou potencial nos papéis de médicos e enfermeiros há espaço para um aumento custo-efetivo da utilização destes últimos. Especialmente, o recurso a *nurse specialists*, *nurse practitioners* e *clinical nurse midwives* pode contribuir para melhorar os resultados dos cuidados, frequentemente medidos através da satisfação dos doentes, ao mesmo tempo que mantém ou reduz os custos. Os mesmos autores, com base na análise de ensaios clínicos controlados, concluíram também que: os cuidados prestados por *nurse practitioners* a doentes com doenças pouco complexas no âmbito da clínica geral eram efetivos; os cuidados prestados por *nurse practitioners* eram percebidos como mais satisfatórios, com prestação de mais informação relevante aos doentes do que com o tratamento médico; os cuidados prestados por *nurse practitioners* eram custo-efetivos, identificando-se níveis de prescrição idênticos, demoras médias dos atos mais longas e maior satisfação do que com o tratamento médico (Buchan *et al*, 2002).

Uma outra revisão sistemática da literatura sobre *skill mix* em geral identificou resultados de iniciativas de expansão do papel de enfermeiros (resultados escassos em termos de ganhos em saúde e custo-efetividade não avaliado), de substituição de médicos por enfermeiros em CSP (resultados demonstrativos de tão bons resultados em saúde nos cuidados prestados por enfermeiros como naqueles prestados por médicos,

com maior satisfação dos utentes, maior utilização de exames complementares e consultas mais longas) e em cuidados hospitalares (evidência fraca não permitindo conclusões) (Sibbald *et al*, 2004).

Uma revisão sistemática da literatura realizada com o objetivo de avaliar o impacto da substituição de médicos por enfermeiros em contexto de CSP (Laurant *et al*, 2009) focou-se nos resultados obtidos pelos doentes (v.g., morbilidade, mortalidade, adesão terapêutica, satisfação), nos processos de prestação de cuidados (v.g. respeito pelas normas de orientações clínica, observância de padrões de qualidade) e na utilização de recursos (v.g., frequência e duração de consultas, prescrição farmacológica e de exames, referenciação para outros profissionais). Nos estudos analisados, os resultados mostraram que, pelo menos no curto prazo, médicos e enfermeiros proporcionavam cuidados de saúde semelhantes. A avaliação da satisfação dos utentes era maior nos cuidados prestados por enfermeiros, por comparação com cuidados prestados por médicos, mas daqui não podia concluir-se uma preferência pela prestação de cuidados pelos primeiros já que a escolha dos utentes dependia da auto-perceção do seu estado. A produtividade dos enfermeiros no primeiro contacto em situações não programadas era menor, muito por efeito de consultas mais longas, visto ter-se apurado a inexistência de diferenças significativas em termos de prescrição, requisição de exames ou referenciação. Sinteticamente, os autores concluíam que, com o treino adequado, os enfermeiros podiam prestar cuidados de qualidade igual à dos cuidados prestados pelos médicos de CSP, obtendo iguais resultados em saúde. Contudo, embora a substituição de médicos por enfermeiros tivesse o potencial de reduzir o tempo de trabalho médico e os custos diretos dos cuidados, a obtenção desta redução dependia do contexto – se o trabalho dos enfermeiros fosse utilizado para responder a necessidades antes não satisfeitas, ou mesmo não expressas, tal não libertaria tempo de trabalho médico para tarefas mais diferenciadas que apenas os médicos poderiam garantir (Laurant *et al*, 2009).

Por último, uma recente revisão sistemática da literatura examinou algumas pesquisas anteriores de outros autores e executou, ela própria, uma análise sistemática de trabalhos posteriores (Delamair *et al*, 2010), concluindo que todos iam no sentido de

que os *advanced practice nurses* podem prestar cuidados equivalentes aos prestados pelos médicos, a certos grupos de doentes, no âmbito de CSP e da gestão da doença crónica, não havendo reporte de quaisquer ocorrências negativas na segurança ou resultados dos cuidados, na sequência de transferência de tarefas de médicos para enfermeiros, antes havendo um impacto neutro ou positivo em termos de satisfação dos utentes, devido a uma maior disponibilidade de tempo no atendimento e a uma maior atenção para o aconselhamento em saúde. Relativamente à avaliação do custo dos cuidados prestados, esta revisão referiu a importância da distinção entre os casos em que a expansão do âmbito de exercício da profissão de enfermagem se faz com substituição do trabalho médico, à qual se associa redução ou neutralidade nos custos (custos salariais compensados por consultas mais longas, maior requisição de exames, maior referenciação para outros profissionais de saúde), daquela em que se faz com complementaridade do trabalho médico, à qual se associa aumento de custos (resposta a necessidades antes não satisfeitas que necessita de análise no longo prazo para avaliar impacto em termos de redução de complicações, melhor qualidade) (Delamaire *et al*, 2010).

Duas notas finais devem ser referidas a propósito da análise da evidência disponível sobre revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros. Em primeiro lugar, vários autores sublinham que algumas iniciativas de modificação do *skill mix* falham porque não se consubstanciam em cuidados efetivos – v.g. a alocação da responsabilidade pelo rastreio de fatores de risco cardiovascular e de educação para a saúde à profissão de enfermagem não se revelou custo-efetiva na redução da morbilidade e da mortalidade, na medida em que a estratégia em si não se demonstrou eficaz na mudança de comportamentos dos doentes, independentemente de quem prestava os cuidados (Sibbald *et al*, 2004). Em segundo lugar, os autores também destacam que os processos de modificação do *skill mix* da força de trabalho têm, por vezes, consequências imprevistas – v.g., a distribuição dos cuidados por vários elementos da equipa multiprofissional exige maior esforço de coordenação de modo a preservar a continuidade assistencial, o que implica mais reuniões de articulação cujos custos de transação não são desprezáveis (Sibbald *et al*, 2004; Delamaire *et al*, 2010).

c) Práticas avançadas de enfermagem

Uma das formas possíveis de alcançar uma diferente combinação das profissões médica e de enfermagem é a que decorre do desenvolvimento daquilo que na literatura anglo-saxónica se designa como *advanced practice nursing* (APN), um conceito que não encontra equivalente no contexto do sistema de saúde português mas que autores traduziram e utilizaram como enfermagem avançada (Paiva e Silva, 2007).

A análise internacional comparada mostra que o conceito de APN cobre uma multiplicidade de papéis profissionais, sendo comum citá-lo no sentido que lhe é conferido pelo Conselho Internacional de Enfermagem: nível de exercício profissional desempenhado por enfermeiros registados, que possuem conhecimento especializado, aptidão para decisões complexas e competência clínica para uma prática alargada, cujas características são definidas pelo contexto e/ou país em que estão credenciados para exercer, sendo a titularidade de mestrado um requisito (International Council of Nurses, 2003).

A Associação Canadiana de Enfermagem utiliza uma formulação ligeiramente diferente, mas que se afigura particularmente clarificadora e que refere a APN como um nível avançado de prática clínica de enfermagem, que maximiza o uso da formação educacional graduada, do conhecimento profundo da enfermagem e da experiência em responder às necessidades dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações. Envolve a análise e síntese de conhecimentos, a compreensão, interpretação e aplicação da teoria e investigação em enfermagem e o desenvolvimento da teoria e prática profissional como um todo (Kaasaleinen *et al*, 2010).

O trabalho dos *nurse practitioner* (enfermeiro com uma formação que normalmente se situa ao nível do mestrado, que lhe confere competências de atuação relativamente a várias doenças, no contexto dos CSP e hospitalares, cuja ênfase de intervenção se situa na prevenção e educação) e dos *nurse specialist* (enfermeiro com uma formação que normalmente se situa ao nível do mestrado, que lhe confere competências de atuação relativamente a doenças específicas, por exemplo, doenças oncológicas ou doenças

mentais) são os mais frequentemente identificados com o conceito de APN, ainda que os autores sublinhem que outros termos (v.g. *nurse consultant*) também o possam ser (Buchan *et al*, 2004).

Embora o conteúdo da enfermagem avançada seja variável de país para país, e até dentro do mesmo país como no caso do Reino Unido (Department of Health, 2010), é frequente que aos enfermeiros que exercem a este nível seja reconhecida autonomia para utilizar instrumentos tradicionalmente de reserva médica: realização de exame objetivo completo; prescrição e interpretação de exames; realização de certas técnicas de diagnóstico; admissão, alta e referenciação de doentes para outros profissionais de saúde. Uma das áreas mais referidas a propósito dos papéis dos APN é a da prescrição farmacológica. Muitos países introduziram alterações normativas no sentido de enquadrar a prescrição de medicamentos por enfermeiros; nos Estados Unidos da América, no Reino Unido, na Austrália, na Nova Zelândia e na Suécia os enfermeiros têm poder de prescrição desde há vários anos. Ao nível da UE um dos últimos países que o fez foi a Holanda que, em janeiro de 2012, introduziu a possibilidade legal de os enfermeiros especialistas poderem prescrever, autonomamente, quaisquer medicamentos, para qualquer situação clínica, dentro da sua área de diferenciação e competência (Kroezen *et al*, 2014; Kroezen, 2014). Contudo, realça-se que a enfermagem avançada é um conceito dinâmico, função das necessidades assistenciais, que se caracteriza pelo nível de autonomia e não pelo leque de atos praticado (Department of Health, 2010).

As iniciativas de desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem não são consensuais. Alguns críticos destas opções argumentam que os enfermeiros não estão preparados para as responsabilidades que decorrem deste nível de exercício; outros alegam que elas traduzem um domínio do modelo biomédico com prejuízo da ciência de enfermagem e das suas técnicas de abordagem (Kaasalainen *et al*, 2010).

1.1.2.5. Situação de Portugal

Tal como muitas vezes é sublinhado pelos autores (Buchan *et al*, 2000 a) e b), Buchan *et al*, 2001; Bourgeault *et al*, 2008) e descrito em 1.1.2.3., o primeiro passo de qualquer processo de revisão do *skill mix* disponível na força de trabalho consiste na clarificação de qual o problema existente no sistema de saúde que se pretende enfrentar com essa estratégia. Esta etapa precede a avaliação do contexto.

Como a maioria dos seus congéneres dos países de alta renda, em resultado do notável progresso das ciências da saúde, o sistema de saúde português confronta-se com a pressão da procura de uma população crescentemente envelhecida. Esta evolução é visível tanto no topo como na base da pirâmide demográfica: entre 1974 e 2012, o grupo com mais de 65 anos aumentou de 9,8% para 19,4% e o grupo dos 0 aos 13 anos diminuiu de 27,7% para 14,8% (Santana, 2014). Estima-se que, em 2020, a população portuguesa com mais de 65 anos atinja 20,6% (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Em 2011, a esperança média de vida à nascença dos portugueses ultrapassava os 80 anos, aos 65 anos rondava os 20 anos e aos 80 anos os 8 anos (Santana, 2014). Nesse mesmo ano, a mortalidade incidia, sobretudo, na população mais idosa, com 83,7% da mortalidade registada em 2012 a verificar-se na faixa etária da população com idade igual ou superior a 65 anos (e, neste grupo etário, 65,5% da mortalidade a verificar-se naqueles com 80 anos ou mais) (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Esta população demograficamente envelhecida é também uma população diferente sob o ponto de vista epidemiológico, mesmo que as causas de óbito mais representativas se mostrem constantes. Em 2011, as três principais causas de morte no país eram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório (Instituto Nacional de Estatística, 2013); as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as doenças do aparelho digestivo encontravam-se também no grupo das principais causas de morte (Santana, 2014). Constatava-se também que as principais causas de morbilidade, traduzida em internamentos hospitalares, eram próximas das principais causas de morte (Santana, 2014). À medida que as doenças infecciosas foram sendo controladas, emergiram as doenças associadas a estilos de vida e a hábitos

nocivos de consumo; as doenças crónicas, associadas a condições de multi-morbilidade e de co-morbilidades, ganharam preponderância (Lopes *et al*, 2014). Estima-se que 5,4 milhões de portugueses sofram de uma ou mais doenças crónicas (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). A título de exemplo, refira-se que Portugal é um dos países europeus com mais elevada taxa de prevalência de diabetes, registando, em 2013, uma prevalência de 12,9% na população entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um valor estimado de um milhão de indivíduos (Gardete Correia *et al*, 2013); refira-se, igualmente, que em Portugal a expressão das doenças respiratórias crónicas, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica, continua a aumentar, com as doenças respiratórias a constituírem a quinta causa dos internamentos hospitalares e a doença pulmonar obstrutiva crónica a justificar 7,8%, e a asma brônquica 2,5%, dos internamentos por doença respiratória (Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, 2013). Estima-se que, nos países desenvolvidos, as doenças crónicas possam representar 80% do peso global da doença em 2020 (WHO, 2002).

As alterações demográficas e epidemiológicas traduzem um novo perfil de necessidades assistenciais em que os cuidados hospitalares, vocacionados para o tratamento de episódios agudos de doença, centrados na abordagem por uma especialidade clínica e limitados a um contacto episódico entre médico e doente não respondem, adequadamente, a um vasto número de condições (Plochg *et al*, 2011).

Acresce que o impacto deste novo perfil de necessidades em saúde tende a acentuar dificuldades com que o sistema de saúde português se vem debatendo, designadamente em termos de acesso, eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em matéria de acesso, por um lado, os dados mais recentes continuam a referir que, embora se destaque uma evolução de tendência positiva, em 2013 mais de 13% da população portuguesa permanecia sem médico de família atribuído (Ministério da Saúde, 2014 a). Reiterando a dimensão do problema (1.657.526 cidadãos sem médico de família em dezembro de 2012), uma auditoria do Tribunal de Contas referia-se a este assunto afirmando que “A mera existência de utentes sem médico de família traduz uma falta de igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, prevista como objetivo

fundamental da Lei de Bases da Saúde” (Tribunal de Contas, 2014, p.27). Como solução possível a auditoria sugeria a diminuição da demora média de cada consulta médica, suscitando a necessidade de o tempo de trabalho dos especialistas de Medicina Geral e Familiar ser rentabilizado na atividade assistencial, entre outras formas, pela “Reconsideração do papel dos diferentes técnicos de saúde na prestação de cuidados primários, permitindo a libertação de horas médicos para a realização de consultas” (Tribunal de Contas, 2014, p.29).

Também em matéria de acesso, importa recordar que, considerando a necessidade de garantir aos utentes do SNS e das entidades convencionadas o atendimento num tempo considerado aceitável para cada concreta condição de saúde, em 2008 o Ministério da Saúde aprovava os Tempos Máximos de Resposta Garantidos, por nível de acesso e tipo de cuidados (Ministério da Saúde, 2008). Porém, segundo os últimos dados disponibilizados, no ano de 2013 continuava a constatar-se que 27% (contra 30% em 2012) das consultas de especialidade hospitalar classificadas com prioridade normal tinham sido realizadas fora dos referidos tempos, o mesmo se passando relativamente a 12,8% (contra 15% em 2012) das intervenções cirúrgicas programadas (Ministério da Saúde, 2014). Apesar de se indiciar uma tendência de melhoria face ao período homólogo, estes indicadores mantinham-se “débeis e merecem uma continuada atenção em termos do desenvolvimento das políticas de acesso” (Ministério da Saúde 2014 a), p.11).

Em matéria de eficiência, como todas as áreas da despesa pública, o SNS tem-se confrontado com a necessidade de redução de gastos, sobretudo, desde que, em 2011, o Estado português subscreveu o MoU. Com efeito, as transferências do Orçamento de Estado para o SNS caíram de 8.849 mil milhões de euros, em 2010, para 8.044 mil milhões de euros, em 2014 (valor que inclui 432 milhões de euros de financiamento excecional do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde) (Ministério da Saúde, 2013). Embora Portugal tenha saído do PAEF em maio de 2014 sem recurso a assistência financeira externa adicional, não é previsível que, nos próximos anos, se registre um desagravamento do quadro geral. As projeções do Banco de Portugal, atualizadas no final do primeiro semestre de 2014, apontam para uma

recuperação da atividade económica do país no período 2014-2016. Todavia, ainda que a um ritmo próximo do projetado para a zona euro, estima-se que a atividade económica portuguesa mantenha ritmos de crescimento de 1,0% em 2014, de 1,7% em 2015 e de 1,8% em 2016 e que, no final do período, o nível do PIB se situe 3% abaixo do verificado antes do início da crise financeira internacional (Banco de Portugal, 2014). Assim, não parece existir outra opção para o país senão melhorar o *value for money* na prestação de cuidados de saúde (OECD, 2010).

Finalmente, ainda em matéria de eficiência, mas também de qualidade, análises recentes efetuadas com recurso aos *acute care sensitive conditions* (casos clínicos de natureza crónica que poderiam ter sido prevenidos e controlados em CSP e que dão origem a internamento em ambiente hospitalar) evidenciaram que há espaço no SNS para uma utilização mais efetiva dos recursos disponíveis. Na verdade, analisando as bases de dados de todos os hospitais públicos de Portugal continental, para os anos de 2004 a 2012, concluiu-se que os episódios de internamento potencialmente evitáveis pelas doenças crónicas asma, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca registavam um crescimento de 7%, embora com variação entre as doenças e as regiões de saúde (Sais *et al*, 2013). Esta casuística não deveria ter sido encaminhada para os cuidados hospitalares, por definição mais complexos, mais caros e com maiores riscos para os doentes, traduzindo baixa resolutividade dos CSP.

O sistema de saúde português tem procurado responder a estes desafios lançando mão de diferentes tipos de respostas: a reforma dos CSP, a criação da rede nacional de cuidados continuados integrados, o reforço dos modelos de integração horizontal e vertical de cuidados, o desenvolvimento de modelos de gestão integrada da doença têm sido apenas algumas delas. Mas, como em outros países (Rechel *et al*, 2006), a componente dos RHS tem sido um aspeto negligenciado no planeamento e na avaliação das estratégias de melhoria do desempenho.

Os problemas relacionados com os RHS e a com a configuração da força de trabalho presente no sistema de saúde português não têm tido prioridade nas políticas de saúde

em Portugal (Ministério da Saúde, 2004 a) e b); Dussault *et al*, 2010 b); WHO Regional Office for Europe, 2010 a) e b). Apesar de a análise da força de trabalho presente no sistema de saúde português sugerir uma combinação ineficiente de recursos médicos e de enfermagem e de a evidência decorrente da análise internacional comparada mostrar que, em condições específicas e com o treino adequado, os enfermeiros podem garantir cuidados equivalentes aos prestados pelos médicos, conforme detalhado em 1.1.2.4. a) e b), as referências ao problema da utilidade de uma revisão da combinação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros são recentes no nosso país.

Em termos da agenda mediática, o tema emergiu, pela primeira vez, em janeiro de 2010, por ocasião da publicação de um conjunto de notícias relacionadas com a introdução da prescrição farmacológica por enfermeiros em Espanha (Público, 2010). Meses mais tarde, em junho de 2011, pela altura da realização do III Congresso da Ordem dos Enfermeiros, subordinado ao tema “O valor dos cuidados de enfermagem”, no qual foi apresentada uma comunicação sobre “Prescrição por enfermeiros”, os órgãos de comunicação voltavam a noticiar o assunto (Diário Económico, 2011).

Em termos da agenda de investigação, tanto quanto se conhece, o estudo do tema reduz-se a um trabalho divulgado. Em outubro de 2011, no âmbito da 12.^a Conferência Nacional de Economia da Saúde, foi apresentado o estudo econométrico “*Substitution at the margin: physician vs nurses*” que, face à evidência recolhida, sugeria a existência de uma margem de substituição relevante entre o trabalho médico e de enfermagem em Portugal, mais relevante em CSP do que em ambiente hospitalar. O estudo concluía ainda que, dentro da referida margem, aumentar o número de enfermeiros e reduzir o de médicos melhorava o custo eficiência para o mesmo nível de resultados (Barros *et al*, 2011).

Em termos de agenda política, o tema começou a ser abordado no final de 2011, em estudos motivados pela preocupação de melhorar a eficiência do sistema de saúde português no âmbito do PAEF. No trabalho “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, a Entidade Reguladora da Saúde destacou a combinação eficiente das profissões de saúde como um dos aspetos nucleares para a obtenção de

ganhos de eficiência, salientando que “Mais do que um problema de falta de recursos humanos, o SNS apresentará uma reduzida colaboração entre os profissionais de saúde, considerando o médico como elemento para todo o tipo de cuidados” (Entidade Reguladora da Saúde, 2011, p.120). Também no relatório “Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança”, o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar definiu a atribuição de novas atividades aos enfermeiros como uma das medidas para melhorar a eficiência dos hospitais, recomendando que “Deverá ser definido um programa de implementação até ao final de 2012 que inclua um programa de formação e de certificação de competências para a realização de determinados atos. Em 2013, a transferência de tarefas deverá estar concluída e implementada” (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011, p.165).

Recentemente, face ao compromisso assumido pelo Estado português ao subscrever, no ano 2000, a Declaração de Munique – apoiando a criação do papel de enfermeiro de família definido pela OMS como profissional centrado nas necessidades da família, que dirige a sua ação para a prevenção primária, secundária e terciária, para as intervenções nas crises e para a prestação de cuidados, numa ótica de Saúde Pública e CSP, atuando como elo entre a família e o médico de família e substituindo este último quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a especialidade de enfermagem (WHO Regional Office for Europe, 2000) – o Ministério da Saúde constituiu um grupo de trabalho para preparar a legislação sobre a metodologia de ação deste profissional (Ministério da Saúde, 2012). Os resultados desta iniciativa resultaram na publicação de um diploma que atribuiu à Direcção-Geral da Saúde a identificação das áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde entre o enfermeiro de família e outros profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, e a implementação do trabalho do enfermeiro de família às Administrações Regionais de Saúde, através de experiências-piloto a realizar no segundo semestre de 2014 (Ministério da Saúde, 2014 b).

Em síntese, poderá, portanto, concluir-se que os problemas com que o sistema de saúde português, hoje, se confronta são semelhantes àqueles que, noutros países, justificaram iniciativas de revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, pela via da expansão do

campo de exercício da profissão de enfermagem, e que esta estratégia mereceu já o reconhecimento de alguns parceiros sociais.

Contudo, sabe-se que o sucesso ou fracasso de uma política não depende apenas da sua intrínseca validade técnica (Leppo, 2001; Dussault *et al*, 2003; Jann *et al*, 2007). O contexto em que interagem problema e soluções, onde se cruzam condicionalismos políticos, sociais e económicos com interesses de vários *stakeholders*, é, igualmente, determinante (Leppo, 2001; Dussault *et al*, 2003; Jann *et al*, 2007). A sua cuidada ponderação é recomendada em praticamente todos os estudos que versam sobre iniciativas de modificação do *skill mix* disponível na força de trabalho (Buchan *et al*, 2000 b), Buchan *et al*, 2001, Buchan *et al*, 2004; Sibbald *et al*, 2004; Bluestone, 2006: Bourgeault *et al*, 2008; De Geest *et al*, 2008; Delamaire *et al*, 2010; Kroezen, 2014).

Entre os numerosos aspetos suscetíveis de ser considerados neste domínio, destacam-se alguns. O êxito de uma política de modificação do *skill mix* depende fortemente do consenso que sobre ela existe entre os parceiros sociais. O quadro normativo que sustenta a jurisdição de cada profissão de saúde pode representar um limite à revisão do respetivo campo de exercício. O desenho da política e a respetiva liderança são alavancas determinantes do resultado pretendido. A incorporação das preferências dos profissionais de saúde sobre a redistribuição do trabalho e os papéis profissionais a expandir aumenta a probabilidade de aceitação desses papéis e a otimização da sua utilização. Esta investigação analisa-os.

1.2. Objetivos

Esta tese foi realizada com a finalidade de contribuir para o redesenho de um quadro de relacionamento profissional entre médicos e enfermeiros que contribua para um melhor desempenho do sistema de saúde português em termos de acesso, eficiência e qualidade.

O seu objectivo geral foi analisar em que medida um diferente *skill mix* entre médicos e enfermeiros, envolvendo a expansão do campo de exercício da profissão de

enfermagem, é exequível no contexto do sistema de saúde português, contribuindo para a produção de um quadro teórico que apoie a formulação de uma política de reorganização do trabalho orientada para a melhoria da resposta às necessidades assistenciais.

Para a análise da exequibilidade política, selecionaram-se quatro dimensões – a aceitabilidade social, a exequibilidade normativa, o processo político e as preferências dos profissionais de saúde – cada uma delas objecto de um estudo, orientado por um objetivo geral e por objetivos específicos

Estudo 1 – Aceitabilidade social

Objetivo geral:

→ Analisar a aceitabilidade social de uma modificação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros em Portugal pela via da expansão do campo de exercício da enfermagem.

Objetivos específicos:

→ Compreender as perceções dos *stakeholders* sobre a adequação ao sistema de saúde português de uma modificação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros.

→ Contribuir para desenhar uma estratégia adequada a enfrentar as ameaças e a aproveitar as oportunidades percebidas relativamente a este tipo de alteração.

Estudo 2 – Exequibilidade normativa

Objetivo geral:

→ Analisar a exequibilidade normativa de uma expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal.

Objetivos específicos:

→ Compreender o quadro normativo do exercício da profissão de enfermagem para, por referência à profissão médica, sinalizar as competências partilhadas e proibidas.

→ Identificar situações em que o papel dos enfermeiros se modificou por via de um processo de evolução incremental.

→ Contribuir para identificar a eventual necessidade de mudanças normativas para uma alteração da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros.

Estudo 3 – Processo político

Objetivo geral:

→ Analisar o processo de formulação de uma política de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem e retirar lições para informar a decisão em Portugal.

Objetivos específicos:

→ Compreender as políticas de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem desenhadas e implementadas na Inglaterra entre 2000 e 2010.

→ Aprender lições dessa experiência que contribuam o desenvolvimento de um processo político adequado ao contexto português.

Estudo 4 – Preferências dos profissionais de saúde

Objetivo geral:

→ Analisar as preferências dos profissionais dos CSP em Portugal relativamente à expansão do papel do enfermeiro.

Objetivos específicos:

→ Compreender as perceções dos médicos e enfermeiros de família portugueses sobre as necessidades assistenciais a satisfazer, os problemas a enfrentar, os objetivos a atingir e as novas formas de trabalhar mediante um possível alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP.

→ Contribuir para a formulação de uma estratégia de expansão do campo de exercício da enfermagem de saúde familiar que incorpore as preferências dos profissionais.

O Anexo 1 sintetiza os objetivos gerais e específicos de cada um dos estudos, bem como os métodos, materiais e instrumentos utilizados para os atingir.

1.3. Métodos

Estudo 1 – Aceitabilidade social

Este estudo foi realizado no âmbito de um trabalho solicitado pela OMS Europa sobre o contexto político para a utilização de *nurses in advanced roles* em Portugal, no qual se utilizaram métodos mistos (Flick, 2006; Creswell, 2009).

Preliminarmente, para descrever a posição de Portugal, comparando-a com a de outros países, em termos de indicadores do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, utilizou-se a OECD Health Data; depois, para compreender a situação do país relativamente ao tema da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem, utilizou-se uma revisão da literatura portuguesa sobre o tema.

A escassez de evidência que, numa primeira pesquisa electrónica, se constatou existir, em Portugal, sobre o tema do *skill mix* entre médicos e enfermeiros e o carácter exploratório deste primeiro estudo conduziram à opção de se utilizar uma revisão não sistemática da literatura. Com efeito, embora as revisões de literatura não sistemáticas, tal como as sistemáticas, procurem fornecer sínteses da evidência disponível sobre um determinado assunto, as revisões não sistemáticas são orientadas por um tópico de pesquisa e não por uma questão única, o seu protocolo segue critérios genéricos e não critérios de inclusão e exclusão estritos, a sua estratégia de investigação, processo de selecção de artigos e processo de extracção de informação são implícitos e não seguem um formato sistematizado e nelas a avaliação da qualidade da evidência e a síntese clara dos estudos podem, ou não, estar presentes (Bettany-Saltikov, 2010).

Realizou-se uma pesquisa electrónica no Google procurando, sem qualquer restrição, documentação com referência aos termos de pesquisa “combinação eficiente de profissionais de saúde”, “combinação de competências entre médicos e enfermeiros”, “alargamento de competências de enfermeiros”, “substituição de médicos por enfermeiros”, “prescrição por enfermeiros”, “vigilância da gravidez por enfermeiros”. Em paralelo, também utilizando a pesquisa electrónica do Google e os mesmos termos, pesquisaram-se notícias divulgadas pela imprensa generalista portuguesa, no período entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2011.

A estratégia de seleção de documentos baseou-se na análise dos títulos, sumários executivos e índices, conforme a natureza dos materiais. Foram selecionados 17 documentos com relevância para o estudo, que se classificaram considerando a sua natureza de documentos técnicos ou de artigos de imprensa (Tabela 1) e que se submeteram a análise não estruturada de conteúdos (Bailey, 1994).

Tabela 1 – Estudo 1: Documentos selecionados para análise de conteúdos

Documentos técnicos	
Título do documento	Ano
Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume I – Prioridades. Volume II – Orientações Estratégicas	2004
<i>Portugal Health System Performance Assessment</i>	2010
A enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina	2010
<i>Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010</i>	2010
Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – uma visão partilhada”	2010
Recursos Humanos para a Saúde (RHS) Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal)	2010
<i>Substitution at the margin: Physician vs Nurses</i>	2011
<i>Portugal Health System Review</i>	2011
Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde	2011
Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar: os cidadãos no centro do sistema: os profissionais no centro da mudança	2011
Artigos de imprensa	
Título do documento	Ano
Médicos recusam que enfermeiros possam prescrever medicamentos, como em Espanha	2010
Médicos rejeitam o exemplo. Não à prescrição por enfermeiros	2010
Enfermeiros também querem passar receitas	2011
Proposta é discutida hoje em congresso. Enfermeiros querem poder receitar alguns medicamentos e exames	2011
Ana Jorge diz que enfermeiros a assumir funções de médicos requer muito debate	2011
Enfermeiros a receitarem? É cedo, diz a Ministra	2011
Governo quer alargar competências dos enfermeiros para fazer face à falta de médicos de família	2011

Para atingir o objetivo de compreender a perceção dos *stakeholders* sobre a adequação ao sistema de saúde português de uma modificação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, utilizou-se uma abordagem qualitativa baseada em entrevistas semi-estruturadas.

Esta opção fundamentou-se na adequação desta técnica para apreender, com profundidade, as perspetivas dos entrevistados sobre a matéria em investigação,

ênfatizando os seus pontos de vista (Denzin, 1994; Flick, 2006) e nas vantagens que, face aos concretos objetivos da investigação, esta técnica conferia (v.g., flexibilidade na adaptação das questões de acordo com o decorrer da conversação, captura adicional de dados através dos comentários feitos durante a entrevista e possibilidade de utilização de um guião de entrevista relativamente complexo) (Bailey, 1994).

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um guião, elaborado como um instrumento para aquilo que alguns autores referem como “a reconstrução da teoria subjetiva do entrevistado sobre o assunto em estudo”⁶ (Flick, 2006, p.155). Como em qualquer entrevista semi-estruturada, o guião visou, sobretudo, constituir o fio da seqüência da narrativa, garantindo, também, que a conversação não iria estagnar e poderia ser alimentada pela introdução de novas questões (Flick, 2006) e, ao mesmo tempo, potenciar a comparabilidade dos dados (Flick, 2006). A existência deste guião não invalidou que, na condução de cada concreta entrevista, se fizessem opções, por exemplo, sobre a ordem de colocação das questões ou sobre a necessidade de insistir num tópico. O guião da entrevista foi desenhado com base na revisão da literatura internacional sobre *skill mix* entre médicos e enfermeiros, realizada no momento de definição do estado da arte da pesquisa, e incluiu quatro perguntas abertas e um conjunto de perguntas de seguimento específicas e genéricas, cuja função principal seria ajudar a obter uma resposta completa e estruturada que satisfizesse as necessidades de informação e reduzisse a margem de captação de informação irrelevante (Bailey, 1994). Todas as entrevistas se iniciaram pela recolha de consentimento informado. O guião utilizado consta em Anexo 2 – Estudo 1: Guião de entrevista semi-estruturada.

A amostra das entrevistas semi-estruturadas foi constituída por um número reduzido de sujeitos, selecionados intencionalmente (Turato, 2005) pela sua posição de relevo no sistema de saúde português e pelo seu conhecimento específico sobre a matéria em investigação.

Foram identificados cinco grupos de *stakeholders* relevantes para a discussão e dentro deles diversos atores chave que se convidaram para colaborar no estudo (Tabela 2). Dado que o período de realização das entrevistas decorreu a partir do início de julho de 2011, a alteração de titulares de cargos do Ministério da Saúde, subsequente ao início de funções do XIX governo constitucional em 21 de junho, justificou, no dizer dos

⁶ Tradução da autora.

próprios, que nenhum dos dirigentes contactados e que se mantinha em funções entendesse adequado colaborar; dado que, conforme referido, este estudo se enquadrava no âmbito de um trabalho solicitado pela OMS Europa e que o mesmo obedeceu a um calendário, no final de outubro encerrou-se a fase de realização de entrevistas sem resposta por parte de algumas das entidades contactadas.

Tabela 2 – Estudo 1: Entrevistas semi-estruturadas

Grupo stakeholders	Convidados	Entrevistados
Ministério da Saúde	Elemento da equipa dirigente do Ministério da Saúde com o pelouro dos RHS	0
	Presidentes das 5 Administrações Regionais de Saúde	0
Ordens profissionais	Bastonário da Ordem dos Médicos	0
	Bastonário da Ordem dos Enfermeiros	1
	Presidentes das Secções Regionais Norte, Centro e Sul da Ordem dos Médicos	1
	Presidentes das Secções Regionais Norte, Centro e Sul da Ordem dos Enfermeiros	2
Associações profissionais	Presidente dos Sindicatos Médicos e dos Sindicatos de Enfermagem	0
	Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares	1
Instituições de saúde	Diretores Clínicos de hospitais públicos	2
	Enfermeiros Diretores de hospitais públicos	3
Escolas	Diretores de Faculdades de Medicina	2
	Diretores de Escolas de Enfermagem	2

Todas as entrevistas foram integralmente transcritas e sujeitas a análise de conteúdos (Bardin, 2009). Foram utilizados, enquanto unidades de registo (Bardin, 2009), os seguintes temas, pesquisados manualmente: oportunidade da discussão; método para a discussão; perspetiva sobre o presente desenho da combinação de papéis; oportunidades e ameaças para um redesenho futuro.

Reconhecendo-se que a técnica de entrevista semi-estruturada envolve riscos metodológicos que poderiam limitar os resultados obtidos (v.g., enviesamento percetivo do entrevistador e do entrevistado, menor normalização das perguntas e da linguagem)

(Bailey, 1994), complementarmente à sua aplicação e para obter alguma triangulação (Flick, 2006), realizou-se um inquérito eletrónico.

O inquérito foi desenhado à luz da revisão de literatura e dos resultados das entrevistas, tendo consistido num questionário de 10 perguntas fechadas (escala tipo Likert com 5 níveis, de discordo totalmente, nível 1, até a concordo totalmente, nível 5) e duas perguntas de resposta aberta sobre a relevância atribuída à expansão dos papéis de enfermagem em CSP. O guião utilizado consta em Anexo 3 – Estudo 1: Inquérito electrónico. O foco nos CSP foi justificado porque, por um lado, a experiência internacional revelava que as iniciativas de alargamento do campo de exercício da enfermagem principiavam neste nível assistencial, e porque, por outro lado, os resultados das entrevistas realizadas sugeriam a existência de maior disponibilidade para modelos inovadores de organização do trabalho neste contexto.

A população do estudo abrangeu todos os diretores executivos e membros dos conselhos clínicos dos 73 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) existentes à data. Para o envio do inquérito foi utilizada uma base de endereços eletrónicos de membros dos conselhos clínicos e diretores executivos, construída durante um programa de formação frequentado pela população alvo.

O inquérito decorreu entre 20 de dezembro 2011 e 6 de fevereiro de 2012. Foram enviadas 365 comunicações eletrónicas (cinco elementos dos 73 ACES) com uma ligação para o preenchimento do questionário, das quais 49 vieram devolvidas; tendo sido recebidos 101 inquéritos preenchidos, apurou-se uma taxa de resposta de 32%. As respostas foram tratadas por estatística descritiva. Os resultados constam em Anexo 4 – Estudo 1: Resultados do inquérito electrónico.

Finalmente, em fevereiro de 2012, realizou-se um *workshop* técnico destinado a obter a reação dos *stakeholders* aos resultados preliminares do estudo. Entre os participantes, selecionados intencionalmente, incluíram-se gestores de serviços de saúde, membros dos órgãos dirigentes das ordens profissionais e investigadores, num total de 19 indivíduos. A reunião decorreu de acordo com a regra de “Chatham House”, tendo sido produzido um relatório escrito.

Estudo 2 – Exequibilidade normativa

Este estudo de natureza exploratória e descritiva (Bailey, 1994) recorreu a métodos qualitativos.

Para descrever o quadro normativo do exercício da profissão de enfermagem em Portugal, traçar as competências partilhadas e proibidas por referência à profissão médica e compreender e explicar a necessidade de eventuais mudanças nos normativos portugueses para uma alteração da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros, realizou-se uma revisão da literatura.

Conforme acima explicitado a propósito do Estudo 1, são várias as características que permitem caracterizar uma revisão da literatura como sistemática ou não. O tipo de questão que norteou o desenvolvimento da revisão (um tópico e não uma pergunta de investigação), a inexistência de avaliação da qualidade dos artigos (*corpus* documental formado por textos e projectos de textos normativos) e a não especificidade dos critérios de seleção dos documentos incluídos e excluídos (seleccionados à medida da evolução do processo) atribuem à revisão da literatura realizada a classificação de não sistemática (Bettany-Saltikov, 2010).

O *corpus* documental foi constituído por todos os textos normativos e projetos de textos normativos contendo referência, direta ou indireta, ao quadro normativo das profissões médica e de enfermagem. Foram submetidos a análise de conteúdo de natureza qualitativa (Bardin, 2009) oito documentos (Tabela 3). Como unidade de registo considerou-se o tema e como unidade de enumeração a presença/ausência das unidades de registo (Bardin, 2009). A análise foi realizada manualmente, em torno dos seguintes cinco temas: ato médico; ato de enfermagem; diagnóstico, tratamento e prescrição; autonomia, interdependência e trabalho em equipa; delegação. A análise foi enquadrada pela teoria da divisão do trabalho especializado nas sociedades modernas e, particularmente, pelos conceitos de “jurisdição” e de “disputa de jurisdição” de Abbot (Abbot, 1988).

Tabela 3 – Estudo 2: Documentos seleccionados para análise de conteúdos

Documentos normativos*	
Título do documento	Ano
Estatuto da Ordem dos Médicos Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de julho (DR, I série – N.º 153 – 5 de julho de 1977)	1977

Lei de Bases da Saúde Lei n.º 47/90, de 24 de agosto (DR, I série – N.º 195 – 25 de agosto de 1990)	1990
Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (DR, I série - A – N.º 205 – 4 de setembro de 1996)	1996
Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril (DR, I série - A – N.º 93 – 21 de abril de 1998)	1998
Código Deontológico Médico Regulamento n.º 14/2009 (DR, 2.ª série – N.º 8 – 13 de janeiro de 2009)	2009
Transposição da diretiva relativa ao reconhecimento de qualificações profissionais Lei n.º 9/2009, de 4 de março DR, 1.ª série – N.º 44 – 4 de março de 2009	2009
Projetos de documentos normativos	
Título do documento	Ano
Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros n.º 389/98/MS	1998
Projeto de Lei n.º 91/VIII de 1999, do Partido Social-Democrata	1999

*As alterações aos diplomas que, por simplicidade de leitura, não se referem neste quadro, foram também sujeitas a análise de conteúdos.

Complementarmente, para conhecer, no contexto do país, as situações em que o papel dos enfermeiros se modificou por via de um processo de evolução incremental conduziu-se uma pesquisa no Google Scholar, orientada pelas palavras-chave “encaminhamento de doentes por enfermeiros” e “avaliação de doentes por enfermeiros.”

Estudo 3 – Processo político

Para conhecer, em profundidade, as políticas de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem desenhadas e implementadas na Inglaterra, analisando o seu potencial de adequação ao contexto do sistema de saúde português, o estudo utilizou uma abordagem qualitativa recorrendo ao estudo de caso (Stake, 1995).

O estudo de caso constitui um método especialmente adequado quando se pretende realizar uma investigação holística (Feagin, Orum & Sjoberg, 1991, citados por Tellis, 1997), quando o foco do estudo são questões de “como” e “porquê” e quando se

pretende captar condições contextuais que se imaginam poder ser relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo (Yin, 2003), como sucedeu nesta pesquisa.

A escolha do caso das políticas inglesas foi justificada por várias razões. A primeira decorreu do facto de o Reino Unido ser um dos países europeus com mais longa experiência de desenho e implementação de políticas explícitas de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem e de alguns autores o sugerirem como constituindo um exemplo adequado a estimular iniciativas semelhantes em outros países (Bourgeault *et al*, 2008), o que correspondia ao objetivo geral deste estudo. Outra razão importante decorreu do facto de que, apesar das óbvias diferenças entre os dois países, em termos de população, de rendimento e até de regime constitucional, o SNS português se reclama, frequentemente, inspirado no *National Health Service* (NHS) inglês, sabendo-se que a identificação subjetiva (Rose, 1991) é um aspeto importante nos processos de aprendizagem política, como aquele que se pretendia desenvolver nesta análise.

As fronteiras do estudo de caso foram definidas utilizando dois dos critérios propostos na literatura: tempo e atividade (Stake, 1995). Assim, definiu-se, para análise, o período entre 2000 e 2010, por corresponder ao lapso de tempo decorrido entre a publicação do *National Health Plan* de 2000 (NHS, 2000) – que apresentou uma estratégia a 10 anos para o sector da saúde baseada, entre outros aspetos, numa mudança radical na forma de trabalhar dos RNS – e a publicação do documento *Advanced Level Nursing: A Position Statement* (DoH, 2010) – que expôs uma primeira definição de *advanced level nursing*. Também se definiu, para análise, que se limitaria o estudo a materiais com autoria em entidades com competência para a definição de políticas de saúde ao nível da Inglaterra. A recolha de dados para o estudo de caso baseou-se numa revisão da literatura combinada com entrevistas semi-estruturadas.

Embora a revisão da literatura desenvolvida não pretendesse ser, face ao seu objeto e estruturação, uma revisão sistemática, ela foi limitada a certas fontes e orientada por critérios de seleção claros, tendo em vista balizar a enorme quantidade de materiais que se supunha pudesse vir a encontrar-se. Foram pesquisados os sítios do *NHS*, do *Department of Health* (DoH), do *Nursing and Midwifery Council* (NMC) e do *Royal College of Nursing* (RCN).

Inicialmente foram incluídos 20 documentos com base nos seguintes critérios de seleção: referência aos termos de pesquisa *human resources/health workforce/nursing/nurse practitioner/nurses in advanced roles*, relação com a expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem e publicação no período entre 2000 e 2010 por entidade com competência na definição das políticas de saúde para a Inglaterra; mais tarde, seis documentos que não preenchiam os critérios de seleção iniciais foram incluídos na análise, visto terem sido referidos num dos 20 documentos iniciais ou numa das entrevistas da segunda fase do estudo e a sua análise se ter mostrado pertinente.

O total dos documentos selecionados (Tabela 4) foi submetido a análise de conteúdos manual, utilizando o tema como unidade de registo (Bardin, 2009) e recorrendo a uma matriz de cinco temas: contexto (v.g., necessidades em saúde e em serviços); ideias (v.g., novos conceitos); atores institucionais (v.g., entidades implicadas no processo); instrumentos políticos (v.g., mudanças legais, alterações na formação); e, constrangimentos (v.g., problemas por resolver no final do período em análise).

Tabela 4 – Estudo 3: Documentos selecionados para análise de conteúdos

Documentos	
Título do documento	Ano
<i>Project 2000: a new preparation for practice*</i>	1986
<i>Making a difference. Strengthening the nursing, midwifery and health visiting contributions to health and health care**</i>	1999
<i>Review of prescribing, supply and administration of medicines. Final report*</i>	1999
<i>A Health Service of all the Talents. Developing the NHS workforce**</i>	2000
<i>The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform</i>	2000
<i>Changing Workforce Programme</i>	2001
<i>Investment and Reform for NHS Staff – Taking Forward the NHS Plan</i>	2001
<i>Working Together – Learning Together. A framework for lifelong learning for the NHS</i>	2001
<i>Securing our Future Health: Taking a Long Term View</i>	2002
<i>Delivering the NHS Plan – next steps on investment, next steps on reform</i>	2002
<i>HR in the NHS Plan. More staff working differently</i>	2002
<i>Liberating the talents. Helping Primary Care Trusts and nurses to deliver The NHS Plan</i>	2002
<i>Delivering the HR in The NHS Plan 2003</i>	2003
<i>Freedom to practice: dispelling the myths</i>	2003
<i>Securing good health for the whole population. Final Report</i>	2004

<i>Delivering the HR in The NHS Plan 2004</i>	2004
<i>Agenda for Change Project Team: Agenda for Change. Final Agreement</i>	2004
<i>The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2004**</i>	2004
<i>Nurse Practitioners 2006. The results of a survey of nurse practitioners conducted on behalf of the RCN Nurse Practitioner Association</i>	2006
<i>Modernising nursing careers: setting the direction</i>	2006
<i>The regulation of the non-medical healthcare professions**</i>	2006
<i>Trust, Assurance and Safety – The Regulation of Health Professionals in the 21st Century</i>	2007
<i>Briefing on Advanced Clinical Education and Prospective Professional Regulation</i>	2008
<i>A high quality workforce. NHS next stage review</i>	2008
<i>Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments</i>	2009
<i>Advanced Level Nursing: A Position Statement</i>	2010

*Documentos incluídos na sequência da fase de entrevistas. **Documentos incluídos na sequência da análise do primeiro grupo de documentos.

Para obter alguma triangulação (Flick, 2006) de resultados, complementou-se a análise documental com a realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes chave do sistema de saúde inglês, selecionados intencionalmente (Turato, 2005) pelo seu papel de relevo na condução do processo político no período em observação ou pelo seu trabalho de investigação na matéria, numa mostragem não probabilística do tipo bola de neve. Foram realizadas quatro entrevistas telefónicas (Tabela 5) que foram gravadas, integralmente transcritas, revistas e sujeitas a análise manual de conteúdos (Bardin, 2009), com recurso à mesma matriz de temas utilizada para a análise documental. O guião utilizado, desenhado com base nos resultados da análise documental, consta em Anexo 5 – Estudo 3: Guião de entrevista semi-estruturada.

Tabela 5 – Estudo 3: Entrevistas semi-estruturadas

Informantes chave	Convidados	Entrevistados
<i>NHS Chief Executive</i>	1	1
<i>NHS Director of Human Resources, Department of Health</i>	1	1
<i>Chief Nursing Officer</i>	1	0
<i>Director of the Changing Workforce Programme</i>	1	0
<i>NHS Employers' Confederation</i>	1	0
<i>Nursing and Midwifery Council</i>	1	0
<i>Royal College of Nursing</i>	1	1

Investigadores	1	1
----------------	---	---

Por último, para perceber o potencial de adequação das políticas descritas ao contexto do sistema de saúde português, com base nas teorias de *policy learning*, a pesquisa discutiu criticamente as lições aprendidas do estudo de caso inglês face aos obstáculos e alavancas passíveis de se encontrarem presentes, em Portugal, por referência aos resultados do estudo 1.

Estudo 4 – Preferências dos profissionais de saúde

Face aos objectivos definidos, este estudo consubstanciou uma pesquisa qualitativa. Para compreender as percepções dos médicos e enfermeiros de família sobre as necessidades assistenciais a que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP poderia potencialmente responder, sobre os problemas e os objetivos que teria que enfrentar e sobre as novas formas de trabalhar que poderia assumir, este estudo recorreu à realização de grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema.

Esta opção metodológica fora já utilizada num estudo realizado para explorar as perspetivas dos *general practitioners* britânicos em relação ao desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem em contexto de CSP (Wilson *et al*, 2002).

O grupo focal (Merton *et al*, 1946) é uma técnica que recolhe dados resultantes da interação do grupo sobre um tópico proposto pelo investigador (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, impelindo os seus autores à justificação de opiniões e o grupo à resolução dos conflitos (Morgan, 1996). A opção também foi feita porque se pretendia não apenas conhecer o que pensava o grupo sobre o tema mas também conhecer o “como” pensa e o “porque” pensa, resultantes da sua interação (Kitzinger, 1994). Esta técnica permitiu ainda obter a participação da equipa de saúde no desenho das soluções de redistribuição do trabalho defendida no modelo PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient-centred Process for APN role development, implementation and evaluation*) (Lukosius *et al*, 2004; Canadian Nurse Practitioner Initiative, 2006), que constituiu o referencial teórico de abordagem.

As equipas de saúde familiar participantes do estudo foram Unidades de Saúde Familiar (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 (Ministério da Saúde, 2007), aspetos que, na fase de desenho do estudo, se consideraram um estímulo a formas inovadoras de distribuição do trabalho como aquela que se pretendia discutir. A seleção das USF foi realizada por amostragem não probabilística intencional (Bailey, 1994), escolhendo-se uma unidade em cada uma das cinco regiões de saúde, o que se estimou adequado, por um lado, a capturar a eventual diversidade geográfica, por outro, a obter saturação dos dados (Baker *et al*, 2012)

Dado que se pretendia compreender 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-existent) (Kitzinger, 1994). Optou-se, igualmente, por não excluir o médico coordenador na medida em que, entre outras funções, ele representa a USF. Reconhecendo-se os potenciais enviesamentos de se juntar, num mesmo grupo, elementos com ascendente profissional virtual, procurou controlar-se essa limitação pelo desenho do instrumento de colheita de dados e pela intervenção do moderador. De todo o modo, o risco foi assumido face ao objetivo preponderante de revelar a opinião da equipa de trabalho em interação. Apesar de a equipa de saúde familiar também ser constituída por administrativos, estes não foram incluídos nos grupos focais por não serem prestadores diretos de cuidados.

A equipa de investigação contactou, formalmente, o Coordenador de cada uma das USF, apresentando o estudo e solicitando a participação no projeto; obtida esta concordância, a equipa de investigação enviou uma comunicação eletrónica a cada médico e enfermeiro descrevendo os objetivos do estudo e convidando-o a participar no grupo focal, mediante consentimento informado. Atento o objeto do estudo ser a perceção da equipa de saúde familiar, com as exclusões anteriormente explicitadas, todos os elementos da equipa foram convidados a participar. Nenhum dos elementos que integraram os grupos focais era previamente conhecido dos investigadores.

Os grupos focais decorreram em julho, setembro e outubro de 2014. 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 optado por realizar uma

entrevista semi-estruturada com base no guião de grupo focal; na ARS de Lisboa e Vale do Tejo foi recusada a autorização para gravação. Na ARS Centro foi proposta à equipa de investigação a realização adicional de um grupo focal apenas com médicos internos (excluídos da equipa 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 6). Cada grupo focal teve uma duração média de 90 minutos e a entrevista semi-estruturada uma duração aproximada de 40 minutos. No início de cada sessão foi recordada a informação sobre os objetivos do estudo e o modo de condução das sessões, com o cuidado de não referir qualquer aspeto que levasse os participantes a um viés de posicionamento. Todas as sessões se iniciaram pela assinatura de consentimento informado escrito, garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados, e pelo preenchimento de ficha de caracterização demográfica e profissional dos participantes previamente elaborada; o mesmo aconteceu na entrevista. Salvo no caso da ARS de Lisboa e Vale do Tejo em que foram feitos registos parciais escritos, as sessões de grupo focal e a entrevista foram gravadas em áudio.

Tabela 6 – Estudo 4: Participação nos grupos focais

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

*Na data agendada para a realização do grupo focal compareceu apenas um elemento da equipa tendo sido realizada uma entrevista semi-estruturada.

Para a condução dos grupos focais utilizou-se um guião, previamente organizado com o intuito de facilitar a adequada padronização dos procedimentos e temas de discussão em cada um dos grupos (Morgan, 1996) sem prejudicar o debate espontâneo que os participantes foram encorajados a manter. O guião incluiu um tema de *warm-up* e dois

cenários destinados a estimular a discussão. No primeiro cenário, pediu-se às equipas que se imaginassem na posição de grupo de aconselhamento do Ministro da Saúde para a definição dos papéis do enfermeiro de família e que, face à sua experiência de trabalho numa USF, ponderassem as recomendações que lhe dirigiriam em relação ao âmbito de intervenção deste profissional, numa lógica de melhoria da resposta às necessidades em saúde; porque no período em que decorria a aplicação da técnica, em 5 de agosto de 2014, foi publicada legislação que estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família (Ministério da Saúde, 2014 b), foi necessário aditar essa referência à descrição. No segundo cenário, resumiu-se a metodologia de trabalho de uma equipa de médico/enfermeiro, descrita nos resultados de um estudo baseado num projeto-piloto realizado em Birmingham, no início da década de 1980, com o intuito de avaliar o potencial da expansão dos papéis da profissão de enfermagem; seguidamente pediu-se às equipas que refletissem sobre os aspetos que mais os entusiasmassem se fossem convidadas para integrar um projeto semelhante. O guião e a ficha de recolha de dados demográficos e profissionais utilizados constam no Anexo 6 – Estudo 4: Guião de grupo focal e Anexo 7 – Estudo 4: Ficha de caracterização demográfica e profissional.

Os grupos focais foram realizados nas instalações de cada uma das USF, tendo sido garantidas as condições de privacidade para a realização dos mesmos. Os primeiros dois grupos focais foram moderados pela investigadora da equipa com experiência de aplicação da técnica e apoiados pela autora da tese; os subsequentes e a entrevista foram moderados pela primeira autora do estudo.

Os grupos focais gravados e a entrevista foram integralmente transcritos; a cada participante foi atribuído um código único que permitiu manter a identificação da USF e do grupo profissional. Os dados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo (Bardin, 2009), submetidos a codificação manual, pesquisando-se a perceção das equipas em relação aos temas de pesquisa previamente definidos: necessidades assistenciais e em serviços a que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP poderia responder, problemas a enfrentar e objetivos a atingir com este alargamento e novas formas de trabalhar que o mesmo poderia assumir. Por último, foram identificados alguns temas emergentes (Bardin, 2009).

1.4. Referências bibliográficas

- Abbott A. 1988. The system of professions: an essay on the division of expert labour. Chicago: University of Chicago Press.
- Administração Central do Sistema de Saúde. 2012. Inventário de Pessoal do Sector da Saúde 2012 [Em linha]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário_vf.pdf [Acedido em 21 de agosto de 2014].
- All-Party Parliamentary Group on Global Health and the Africa All-Party Parliamentary Group. 2012. All the Talents. How new roles and better teamwork can release potential and improve health services. Report. London: All-Party Parliamentary Group.
- Baker SE, Edwards R. 2012. How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research [Em linha]. National Centre for Research Methods Review Paper. Disponível: http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf. [Acedido em 27 de julho de 2014].
- Banco de Portugal. 2014. Boletim Económico. Junho 2014 [Em linha]. Lisboa: Banco de Portugal. Disponível: http://www.bportugal.pt/pt-PT/EstudosEconomicos/Publicacoes/BoletimEconomico/Publicacoes/Bol_Econ_junho2014.pdf. [Acedido em 8 de agosto de 2014].
- Bardin L. 2009. Content Analysis. Lisboa: Edições 70.
- Barros PP. 2011. Substitution at the margin: Physician vs Nurses [Em linha]. 12.^a Conferência Nacional de Economia da Saúde. Disponível: <http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/12cnes-apes-ppb.pdf>. [Acedido em 9 de agosto de 2014].
- Barros PP, Machado SR, Simões JA. 2011. Portugal Health System Review [Em linha]. Health Systems in Transition. 2011, 13(4):1–156. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].

- Bailey KD. 1994. Methods of social research. 4th Edition. New York: The Free Press.
- Benson D, Jordan A. 2011. What Have We Learned from Policy Transfer Research? Dolowitz and Marsh Revisited. Political Studies Review; 9: 366-378.
- Bettany-Saltikov J. 2010. Learning how to undertake a systematic review: part 1 [Em linha]. Nursing Standard. 24 (50); 47-55. Disponível: http://www.academia.edu/1566385/Learning_how_to_undertake_a_systematic_review_part_1. [Acedido em 10 de agosto de 2014].
- Bluestone J. 2006. Task shifting for a strategic Skill Mix [Em linha]. Capacity Project Partnership. Chapel Hill: The Capacity Project. Disponível: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_5.pdf. [Acedido em 1 de agosto de 2014].
- Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. 2008. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Policy Brief [Em linha]. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/75452/E93413.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Brown S, Grimes DE. 1993. Nurse Practitioners and Certified Nurse-Midwives. A Meta-Analysis of Studies on Nurses in Primary Care Roles. Washington: American Nurses Publishing.
- Buchan J. 1999. Determining skill mix: lessons from an international review. Human Resources for Health Development Journal 1999; 3: 80-90.
- Buchan J, O'May F. 2000 a). Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals [Em linha]. Human Resources Development Journal. 2000; 4(2). Disponível: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Buchan J, O'May F. 2000 b). Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals [Em linha]. Issues in health service delivery paper 3. Department of Organization of Health Services Delivery. Geneva: World Health Organization. Disponível: http://www.who.int/management/determining_skill_mix.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].

- Buchan J, Ball J, O'May F. 2001. If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research & Policy*. 2001; 6(4): 233-238.
- Buchan J, Dal Poz M. 2002. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence [Em linha]. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80 (7): 575-580. Disponível: [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(7\)575.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(7)575.pdf). [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Buchan J, Calman L. 2004. Skill-mix and policy changes in the health workforce: nurses in advanced roles [Em linha]. *OECD Health Working Papers No. 17*. OECD Publishing; 2004. Disponível: <http://www.oecd.org/health/health-systems/33857785.pdf>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra MG, Leone C, Siyam A, Cometto G. 2014. A universal truth: no health without a workforce [Em linha]. *Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil*. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. Disponível: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Canadian Nurse Practitioner Initiative. 2006. *Implementation and Evaluation Toolkit for Nurse Practitioners in Canada* [Em linha]. Ottawa: Canadian Nurses Association. Disponível: http://nurseone.ca/~media/nurseone/files/en/toolkit_implementation_evaluation_npe.pdf. [Acedido em 28 de agosto de 2014].
- Creswell JW. 2009. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 2th Edition. California: Sage Publications Inc.
- De Geest S, Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L, Spirig R. 2008. Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis [Em linha]. *Swiss Med WKLY* 2008; 138 (43-44): 621-28. Disponível: <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2008/43/smw-12293.PDF>. [Acedido em 4 de agosto de 2014].
- Delamair ML, Lafortune G. 2010. *Nurses in Advanced Roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries* [Em linha]. *OECD Health Working Papers No. 54*. France: OECD Publishing. Disponível:

- [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/health/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/health/hwp(2010)5&doclanguage=en). [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Denzin NK, Lincoln Y. 1994. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications.
 - Department of Health. 2010. Advanced Level Nursing: a position statement [Em linha]. Disponível: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf. [Acedido em 22 de setembro de 2013].
 - Diário Económico. 2011. Enfermeiros também querem passar receitas [Em linha]. Diário Económico, 02.06.2011. Disponível: http://economico.sapo.pt/noticias/enfermeiros-tambem-querem-passar-receitas_119714.html. [Acedido em 9 de agosto de 2014].
 - Direcção-Geral da Saúde. 2013. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
 - Dolowitz DP, Marsh D. 2000. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. Governance. 2000; 13: 5–25.
 - Dubois CA, McKee, Nolte E. 2006. Human resources for health in Europe [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
 - Dubois CA, Singh D. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management [Em linha]. Human Resources for Health. 2009; 7:87. Disponível: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/87>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Dussault G, Dubois CA. 2003. Human resources for health: a critical component in health policies [Em linha]. Human Resour Health. 2003;1:1. Disponível: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-1.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padoa-Schioppa C. 2010 a). Assessing future health workforce needs [Em linha]. Policy Summary. WHO European Observatory on

- Health Systems and Policies. Disponível: http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Draft_Policy_Summary_assessing_future_workforce_needs.pdf. [Acedido em 24 de agosto de 2014].
- Dussault G, Fronteira I. 2010 b). Recursos Humanos para a Saúde (RHS) Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/RHS-PT.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Dussault G, Biscaia A, Craveiro I, Fronteira I, Lapão L, Temido M. 2014. Os Recursos Humanos da Saúde. *in* Campos AC, Simões J: 40 Anos de Abril na Saúde. Coimbra: Edições Almedina.
 - Entidade Reguladora da Saúde. 2011. Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
 - Flick U. 2006. An introduction to qualitative research. 3th Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
 - Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world [Em linha]. *Education of Health Professionals for the 21st century*. *Lancet* 2010; 376: 1923–58. Disponível: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext?eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext?eventId=login). [Acedido em 2 de agosto de 2014]
 - Fundação Calouste Gulbenkian. 2014. Um Futuro para a Saúde. Todos temos um papel a desempenhar (Coordenação de Lord Nigel Crisp). Gráfica Maiadouro S.A.
 - Gardete Correia L, Boavida JM, Fragoso de Almeida JP, Massano Cardoso S, Dores J, Sequeira Duarte J, Duarte R, Ferreira H, Medina JL, Nunes JS, Pereira M, Raposo J. 2013. Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.

- Governo de Portugal, Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia, Banco Central Europeu. 2011. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality [Em linha]. Lisboa: Governo de Portugal. Disponível: http://www.portugal.gov.pt/media/371369/mou_20110517.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Governo de Portugal, Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia, Banco Central Europeu. 2012. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. Fourth update [Em linha]. Lisboa: Governo de Portugal. Disponível: http://www.portugal.gov.pt/media/660539/4r_mou_20120627.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Grin J, Loeber A. 2007. Theories of Policy Learning: Agency, Structure and Change. *in* Fischer F, Miller GJ, Sidney MS: Handbook of Public Policy Analyses. Theory, Politics and Methods. Newark, CRC Press. Disponível: [http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC%20POLICY%20\(Public%20Administration%20and%20public%20policy%20125\)%20Handbook%20of%20Public%20Policy%20Analysis%20Th.pdf](http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC%20POLICY%20(Public%20Administration%20and%20public%20policy%20125)%20Handbook%20of%20Public%20Policy%20Analysis%20Th.pdf). [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. 2011. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar: os cidadãos no centro do sistema: os profissionais no centro da mudança [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Halliwell S, Sibbald B, Rose S. 1999. Skill Mix in Primary Care. A Bibliography of Skill Mix in Primary Care – The Sequel [Em linha]. National Primary Care Research and Development Centre. Manchester: Manchester University. Disponível: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/SKILL2.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Hyde P, McBride A, Young R, Walshe K. 2005. Role redesign: new ways of working in the NHS. *Personnel Review*. 2005; 34 (6): 697-712.
- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors [Em linha]. *British Medical Journal*. 2002; 324:819-823. Disponível:

- http://www.chcanys.org/clientuploads/downloads/Clinical_resources/Clinical%20Articles/SystemicReview_NursePractitionsEquivalentCare.pdf. [Acedido em 6 de agosto de 2014].
- Instituto Nacional de Estatística. 2014. Estatísticas demográficas 2012 [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=151772777&PUBLICACOESmodo=2. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
 - International Council of Nurses. 2003. ICN Announces Position on Advanced Nursing Roles [Em linha]. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(6): 524–527. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02608.x/abstract>. [Acedido em 31 de julho de 2014].
 - Jann W, Wegrich K. 2007. Theories of the Policy Cycle [Em linha]. in Fischer F, Miller GJ, Sidney MS: *Handbook of Public Policy Analyses. Theory, Politics and Methods*. Newark, CRC Press. Disponível: [http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC%20POLICY%20\(Public%20Administration%20and%20public%20policy%20125\)%20Handbook%20of%20Public%20Policy%20Analysis%20Th.pdf](http://www.untagsmd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC%20POLICY%20(Public%20Administration%20and%20public%20policy%20125)%20Handbook%20of%20Public%20Policy%20Analysis%20Th.pdf). [Acedido em 31 de julho de 2014].
 - Kaasaleinen S, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald T, Carter N, DiCenso A. 2010. A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada [Em linha]. *Nursing Leadership*. 2010; 23 (Special Issue) 35-60. Disponível: <http://www.longwoods.com/content/22268>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Kingdon JW. 1984. *Agendas, alternatives and public policies*. Boston: Little, Brown and Company.
 - Kitzinger J. 1994. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*. 1994; 16(1), 103-121.
 - Kroezen M, Mistiaen P, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. 2014. Negotiating jurisdiction in the workplace: A multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. *Social Science & Medicine* 117; 107-115.
 - Kroezen M. 2014. *Nurse prescribing: A study on task substitution and professional jurisdictions*. Utrecht: Woormann Print Service.

- Kuhlmann H, Batenburg R, Groenewegen PP, Larsen C. 2013. Bringing a European perspective to the health human resources debate: a scoping study. *Health Policy*; 110: 6-13.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. 2009. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review) [Em linha]. *The Cochrane Library*. Disponível: <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD001271.pdf>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Leppo K. 2001. Strengthening capacities for policy development strategic management in national health systems [Em linha]. A background paper prepared for the Forum of senior policy-makers and managers of health systems. Geneva: World Health Organization. Disponível: <http://www.afronets.org/files/cap-dev.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Lopes H, Carlos JS, Rodrigues M, Mestre R, Santana R, Matias T, Rodrigues V. 2014. Relatório do Grupo de Trabalho para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental [Em linha]. Trabalho realizado no âmbito do Despacho n° 9567/2013, publicado no Diário da República, 2ª série, n° 139, de 22 de julho de 2013. Disponível: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B80515CA-E3E5-401F-A47F-CF4A594DA4A2/0/RelIntegracaoCuidadosSaude.pdf>. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- Lukosius DB, DiCenso A. 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles [Em linha]. *Nursing and Health Care Management and Policy*; 48 (5):530-540. Disponível: <http://aipsq.com/pdf/Bryant-Lukosius%20DiCenso%20A%20framework%20for%20the%20introduction%20and%20evaluation%20of%20advanced%20practice%20nursing%20roles.pdf>. [Acedido em 28 de agosto de 2014].
- Merton RK, Kendall PL. 1946. The Focused Interview. *American Journal of Sociology*. 1946; (51) (6): 541-557.
- Ministério da Saúde a). 2004. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume I – Prioridades [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível: <http://www.cm->

- cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_prioridades.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Ministério da Saúde b). 2004. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume II – Orientações Estratégicas [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível: http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
 - Ministério da Saúde. 2007. Despacho n.º 24101/2007 do Gabinete do Ministro [Em linha]. Diário da República, 2.ª série – N.º 203 – 22 de outubro de 2007. Disponível: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/ronlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21400/3041930419.pdf>. [Acedido em 13 de agosto de 2014].
 - Ministério da Saúde. 2008. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro [Em linha]. Diário da República, 1.ª série – N.º 249 – 26 de dezembro de 2008. Disponível: <http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/33E7576E-5963-4608-8806-5B002E0B287F/0/Portaria1529de2008.pdf>. [Acedido em 8 de agosto de 2014].
 - Ministério da Saúde. 2012. Despacho n.º 10321/2012, de 24 de junho de 2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde [Em linha]. Diário da República, 2.ª série — N.º 148 — 1 de agosto de 2012. Disponível: <http://www.dre.pt/pdf2s/2012/08/148000000/2714027140.pdf>. [Acedido em 10 de agosto de 2014].
 - Ministério da Saúde. 2013. Política de Saúde. Orçamento de Estado de 2014 [Em linha]. Ordem dos Economistas. Fundação Calouste Gulbenkian. 18 de novembro de 2013. Disponível: http://www.ordemeconomistas.pt/xportalv3/file/XEOCM_Documento/20265056/file/Ca%20OE%202014%20ESS%20Paulo%20Macedo.pdf. [Acedido em 8 de agosto de 2014].
 - Ministério da Saúde. 2014 a). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2013) [Em linha]. Disponível: http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/D94D8F82-DC4E-4B7A-96BC-7E4FAE3077E8/0/20140724_RA_Acesso_2013V12.pdf. [Acedido em 8 de agosto de 2014].

- Ministério da Saúde. 2014 b). Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto [Em linha]. Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. Disponível: <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/14900/0406904071.pdf>. [Acedido em 10 de agosto de 2014].
- Morgan DL. 1996. Focus Groups [Em linha]. Annual Review of Sociology; 1996 (22): 129-152. Disponível: [http://digitalvillage.org.uk/docs/wp-content/uploads/2009/02/morgan_d_l_1996_focus_groups_annual_review_of_sociology.pdf]. Acedido em 30 de outubro de 2014].
- Nelson S, Turnbull J, Bainbridge L, Caufield T, Hudson G, Kendel D, Mowat D, Nasmith L, Postl B, Shamian J, Sketris I. 2014. Optimizing scopes of practice. New models of care for a new health care system. Canadian Academy of Health Sciences; Ottawa: 2014.
- Niezen MGH, Mathijssen JJP. 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 [Em linha]. Health Policy. 117 (2): 151–169. Disponível: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00115-8/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00115-8/abstract). [Acedido em 5 de outubro de 2014]
- OECD. 2010. Value for money in Health Spending. OECD. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.
- OECD. 2013. Health at a Glance [Em linha]. OECD Indicators. OECD Publishing. Disponível: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- OECD. 2014. Health at a Glance: Europe 2014 [Em linha]. OECD Indicators. OECD Publishing. Disponível: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en. [Acedido em 18 de dezembro de 2014].
- Omran AR. 1971. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. The Milbank Memorial Fund Quarterly: 1971; 49 (4): 509-538.
- Ordem dos Enfermeiros. 2013. 15 Propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_protég.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].

- Ordem dos Enfermeiros. 2014. Dados Estatísticos Completos 2014 [Em linha]. Disponível:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/index.html#15/z>. [Acedido em 21 de agosto de 2014].
- Paiva e Silva A. 2007. A enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*: 2007; 55:11-20.
- Plochg T, Klazinga NS, Schoenstein M, Starfield B. 2011. Reconfiguring health professions in times of multi-morbidity: eight recommendations for change [Em linha]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponível: <http://www.oecd.org/els/health-systems/48130824.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Público. 2010. Médicos recusam que enfermeiros possam prescrever medicamentos, como em Espanha [Em linha]. Público, 25.01.2010. Disponível: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/medicos-recusam-que-enfermeiros-possam-prescrever-medicamentos-como-em-espanha-1419489>. [Acedido em 9 de agosto de 2014].
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. 2013. Portugal Doenças Respiratórias em Números – 2013. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Pulcini J, Wagner M. sem data. Nurse practitioner education in the United States [Em linha]. Nurse Practitioner Education. Disponível: <http://international.aanp.org/pdf/pulciniarticle0305.pdf>. [Acedido em 4 de agosto de 2014].
- Rechel B, Dubois CA, McKee. 2006. The Health Care Workforce in Europe. Learning from Experience [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies Series. United Kingdom: The Cromwell Press. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Richardson G, Maynard A. 1995. Fewer doctors? More nurses? A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution [Em linha]. Discussion paper 135. York: The Publications Office. Centre for Health Economics. University of York. Disponível:

- <https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%20135.pdf>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Rose R. 1991. What is lesson drawing? *Journal of Public Policy*; 11 (01): 3-30.
 - Sais C, Lopes H, Completo J, Delgado M, Casais M. 2013. Ambulatory Care Sensitive Conditions. Impacte do internamento dos doentes crónicos nos hospitais do SNS [Em linha]. Lisboa: IASIST Portugal. Disponível: http://www.iasist.pt/files/IASIST_ACSC_Dez2013.pdf. [acedido em 8 de agosto de 2014].
 - Santana P. 2014. A Saúde dos Portugueses. *in* Campos AC, Simões J: 40 Anos de Abril na Saúde. Coimbra: Edições Almedina.
 - Sibbald B, Shen J, Mc Bride A. 2004. Changing the skill-mix of the health workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2004; 9(1): 28-38.
 - Stake RE. 1995. A Arte da Investigação com Estudos de Caso. 3.^a Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
 - Tellis W. 1997. Application of a Case Study Methodology [Em linha]. The Qualitative Report [On-line serial]; 3 (3). Disponível: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html>. [Acedido em 12 de agosto de 2014].
 - Tribunal de Contas. 2014. Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários [Em linha]. Relatório n.º 17/2014 - 2.^a Secção. Processo n.º 32/2012 – AUDIT. Disponível: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2014/2s/audit-dgtc-rel017-2014-2s.pdf. [Acedido em 8 de agosto de 2014].
 - Turato ER. 2005. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa [Em linha]. *Revista Saúde Pública* 2005; 39 (3): 507-514. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. [Acedido em 11 de agosto de 2014].
 - WHO. 1990. Development of Human Resources for Health [Em linha]. Regional Office for South East Asia. New Delhi: WHO. Disponível: http://repository.searo.who.int/bitstream/123456789/5313/38/rdr93_DHRH.pdf. [Acedido em 4 de agosto de 2014].

- WHO. 2000. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance [Em linha]. Geneva: World Health Organization. Disponível: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- WHO. 2002. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action [Em linha]. Geneva: World Health Organization. Disponível: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- WHO. 2006. The World Health Report 2006. Working together for health [Em linha]. Geneva, World Health Organization. Disponível: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- WHO. 2008. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines [Em linha]. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível: <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- WHO Regional Office for Europe. 2000. The Family Health Nurse: context, conceptual framework and curriculum [Em linha]. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf?ua=1. [Acedido em 10 de agosto de 2014].
- WHO Regional Office for Europe. 2010 a). Portugal Health System Performance Assessment [Em linha]. Denmark. WHO Regional Office for Europe. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- WHO Regional Office for Europe. 2010 b). Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010 [Em linha]. Denmark. WHO Regional Office for Europe. Disponível: <http://pns.dgs.pt/files/2011/01/avaext.pdf>. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- Yin RK. 2003. Case study Research. Design and Methods. Third Edition. Applied Social Research Methods. Volume 5. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. 2004. Imbalance in the health workforce [Em linha]. Human Resources for Health. 2004, 2:13. Disponível:

<http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].

2. RESULTADOS

2.1. Estudo I

Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. *Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal*. Rev Lat Am Enfermagem; 2013 Jan-Feb; 21(Spec): 38-46.

Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal¹

James Buchan²

Marta Temido³

Ines Fronteira³

Luis Lapão³

Gilles Dussault³

Objective: This paper focuses on the policy context for the deployment of nurses in advanced roles, with particular reference to Portugal. The health sector in Portugal, as in all countries, is labour intensive, and the scope to utilise nurses in more advanced roles is currently being debated. **Methods:** Mixed methods were used: an analysis of international data on the nursing workforce; an analysis of documents and media articles; interviews with key-informants; an online survey of managers, and a technical workshop with key-informants. **Conclusions:** The limited evidence base on nurses in advanced roles in Portugal is a constraint on progress, but it is not an excuse for inaction. Further research in Portugal on health professionals in innovative roles would assist in informing policy direction. There is the need to move forward with a fully informed policy dialogue, taking account of the current political, economic and health service realities of Portugal.

Descriptors: Nursing; Health Care Reform; Health Manpower; Nursing Staff; Portugal.

¹ Supported by World Health Organization, European Region Office.

² PhD, Professor, School of Health Sciences, Queen Margaret University, UK.

³ PhD, Professor, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisbon, Portugal, Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde.

Corresponding Author:

James Buchan

Queen Margaret University, School of Health Sciences

Edinburgh UK-Edinburgh EH 21 6UU -UK

jbuchan@gmu.ac.uk

Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal

Objetivo: este artigo foca o contexto político da implementação de competências avançadas em enfermagem, com ênfase no caso português. O setor da saúde em Portugal, assim como em outros países, usa mão de obra intensa, e a prática de enfermeiros com competências avançadas está atualmente em debate. Métodos: abordagem de métodos mistos com análise de dados internacionais sobre a mão de obra em enfermagem, documentos e notícias na mídia, entrevistas com informantes-chave, questionário online e um workshop técnico com informantes-chave. Conclusões: existe base de evidência limitada sobre enfermeiros com funções avançadas em Portugal, o que é um entrave ao progresso, mas não uma desculpa para a inércia. Mais estudos conduzidos em Portugal, abordando funções inovadoras para profissionais da saúde, ajudariam a informar e direcionar políticas na área. É necessário avançar para informar, de forma plena, o diálogo político, levando em consideração a realidade atual em termos políticos, econômicos e do sistema de saúde em Portugal.

Descritores: Enfermagem; Reforma dos Serviços de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Recursos Humanos de Enfermagem; Portugal.

Las enfermeras de competencias avanzadas: una revisión de aceptación en Portugal

Objetivo: Este estudio se focaliza en el contexto político del desarrollo de competencias avanzadas de enfermería, con énfasis en el caso portugués. El sector de la salud en Portugal, como en todos los países, es intensivo en mano de obra, y la posibilidad de utilizar enfermeros en funciones más avanzadas está actualmente en debate. Métodos: Fue utilizado una aproximación mixta: análisis de datos internacionales sobre la fuerza de trabajo de enfermería; análisis de documentos y noticias; entrevistas con informadores clave; un cuestionario online y una oficina técnica con informadores clave. Conclusiones: La limitada base de evidencia sobre la extensión de competencias de los enfermeros en Portugal es un obstáculo para el progreso pero no es una excusa para la inacción. Investigación adicional sobre profesionales de la salud en papeles innovadores podría ayudar a informar y direccionar la decisión política. Es necesario avanzar con un diálogo político plenamente informado, considerando la realidad política económica actual y el sistema de servicios de salud en Portugal.

Descriptorios: Enfermería; Reforma de la Atención de Salud; Recursos Humanos en Salud; Personal de Enfermería; Portugal.

Introduction

This paper draws from work commissioned by the World Health Organisation, European Region and focuses on the policy context for the deployment of nurses in advanced roles, with particular reference to Portugal.

Portugal initiated a phase of health sector reform of its National Health Service in the earlier part of this decade. Human resources issues were identified both as a focus for necessary reform, and as one area for potential improvement in health care delivery and health system effectiveness⁽¹⁾. The health sector in Portugal, as in all countries, is labour intensive, and the scope to utilise nurses and other non medical health professionals in more advanced roles was one of the issues that was identified during the reform process. Portugal is also one

of several European countries currently facing a severe economic crisis which has impacted on public sector funding, employment and health care delivery⁽²⁾. This has both delayed implementation of some of the reform priorities, and raised the need for more urgent focus on methods of improving health care productivity and effectiveness.

In Portugal, the composition of the health workforce has been described as an inefficient combination of resources that may lead to less than optimal productivity, and with access to certain services may be limited as a consequence⁽³⁾. Various stakeholders have advocated for the revision of the composition of the health workforce and of the scope of practice of professions such as

nursing, as a measure aimed at improving efficiency in the delivery of services⁽⁴⁻⁶⁾. One factor that have influenced these stakeholders is that Portugal has one of the lowest nurse to population and to physician ratios in develop countries, and one of the highest physician to population ratios. One argument in support of expanded scopes of practice for nurses in Portugal is that there are many successful international experiences that show that this can be done without negative effects on the quality of services or the safety of users⁽⁷⁻⁸⁾.

It is within this policy process of health sector cost containment, and ongoing debate about the respective roles of different health professionals in Portugal that the paper examines the scope and potential for using nurses in advanced roles in Portugal. The focus of this report is nurses working in advanced roles/ advanced practice. The "advanced practice nurse" is an umbrella term that covers a number of nursing roles, the two main types being the nurse practitioner and the nurse specialist (sometimes referred to as clinical nurse specialist). In some countries advanced practice roles are registerable whilst in others the roles are not identified separately on the professional register⁽⁹⁾. One key factor in the role of advanced practice is the extent to which the nurse has the authority to legally prescribe drugs. Legislation to enable nurse prescribing is being implemented in a growing range of countries.

Whilst nurses in advanced roles were implemented initially in North America, their use or potential is now observed in a range of countries in most regions of the world. An international study in 2010 reported that nurse practitioner/advanced practice education was available in 23 of 32 countries surveyed⁽¹⁰⁾. There is a range of drivers that can provide the impetus for developing and introducing nurses in advanced roles, including skill shortages, the need to make more cost effective use of skills, the introduction of new services and technologies and changes in regulations and legislative reform⁽⁷⁻⁸⁾.

A review of the international evidence base on nurses in advanced roles does highlight that there is a growing body of evidence that examines the effectiveness of nurses developing their scope of practice into advanced roles⁽⁷⁻⁸⁾. Whilst much of the initial evidence emerged from research in North America, the UK and Australia, there has been a broadening out of the evidence base in recent years reflecting the increasing number of countries that are now supporting the use of nurses in advanced roles. The most robust evidence is in the form of systematic reviews and meta-analysis, of which there are relatively few examples⁽¹¹⁾, but there are also a growing number

of randomised controlled trials (RCT's)⁽¹²⁻¹³⁾ and some economic evaluations⁽¹⁴⁾. Differences in health systems contexts, current role delineations, data availability and evaluation methods constrain the development of general conclusions from the available international evidence base on the evaluation of advanced practice roles in nursing⁽⁷⁻⁸⁾.

Methods

In order to meet the objectives of the analysis, a multipronged research strategy was developed, and five main elements are described in this paper:

- An analysis of international data on the nursing workforce to "map" the nursing workforce profile of Portugal in the broader international context;
- An analysis of recent official, scientific and professional documents, reports and media articles published in Portugal to provide specific country context;
- Interviews with key-informants in Portugal;
- An online survey of opinions of managers of primary care level services in Portugal;
- A technical workshop with key-informants in Portugal.

In view of the exploratory nature of the research, and the current political sensitivity of the issue in Portugal, strategies were selected which would provide both a firm evidence base drawing on international experience, to inform and contextualize the focus in Portugal, but which would also start engaging the range of stakeholders in Portugal in order to begin to map out the scope for any policy dialogue in the future. More specific details of the methods used in the study are provided below, as part of the reporting of results for each of the six aspects of the study.

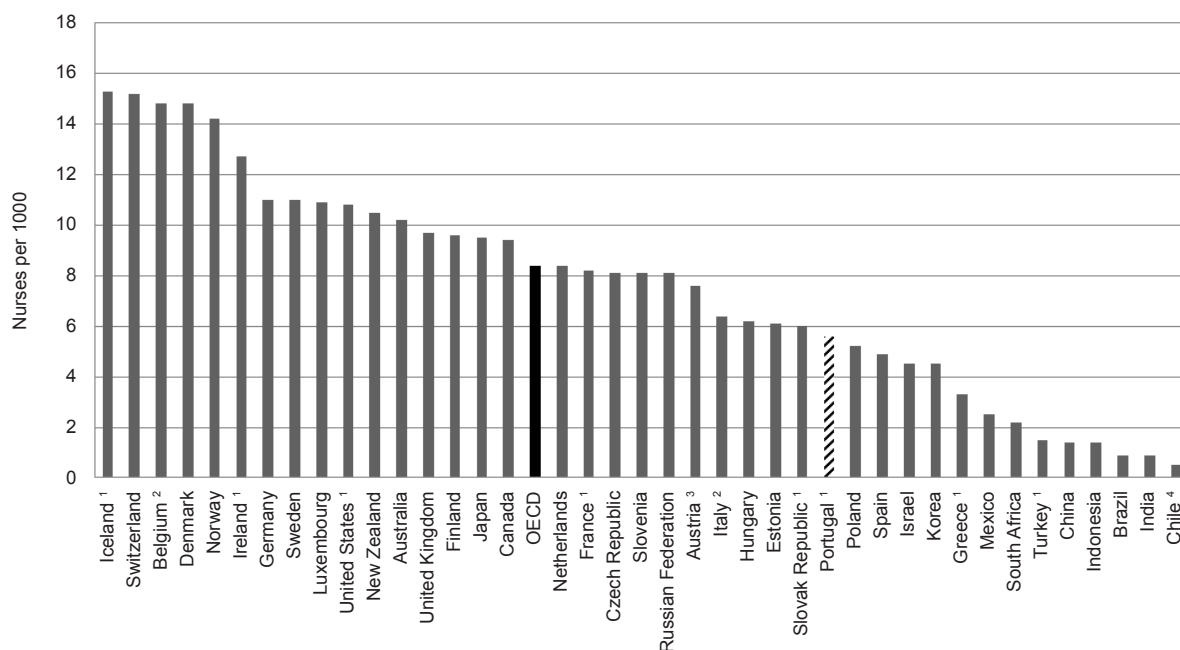
Results

International comparison of nurse ratios

One broad indicator of the availability of nursing staff is the nurse to population ratio. Annual data collated and published by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) gives a profile of the relative nurse to population ratio across the countries of the OECD, and some additional countries⁽¹⁵⁾. This comparison has to be undertaken with some caution because of differences in definition and methods of data collection but does provide some basis for analysis. OECD data (Figure 1) shows that there were about 9 practising nurses per 1 000 population on average across OECD countries in 2009. The number of nurses per capita was

highest in some Nordic countries, with 14 to 15 nurses per 1 000 population. Portugal, with a reported 5.6

nurses per 1000 population was notably lower than the OECD average.

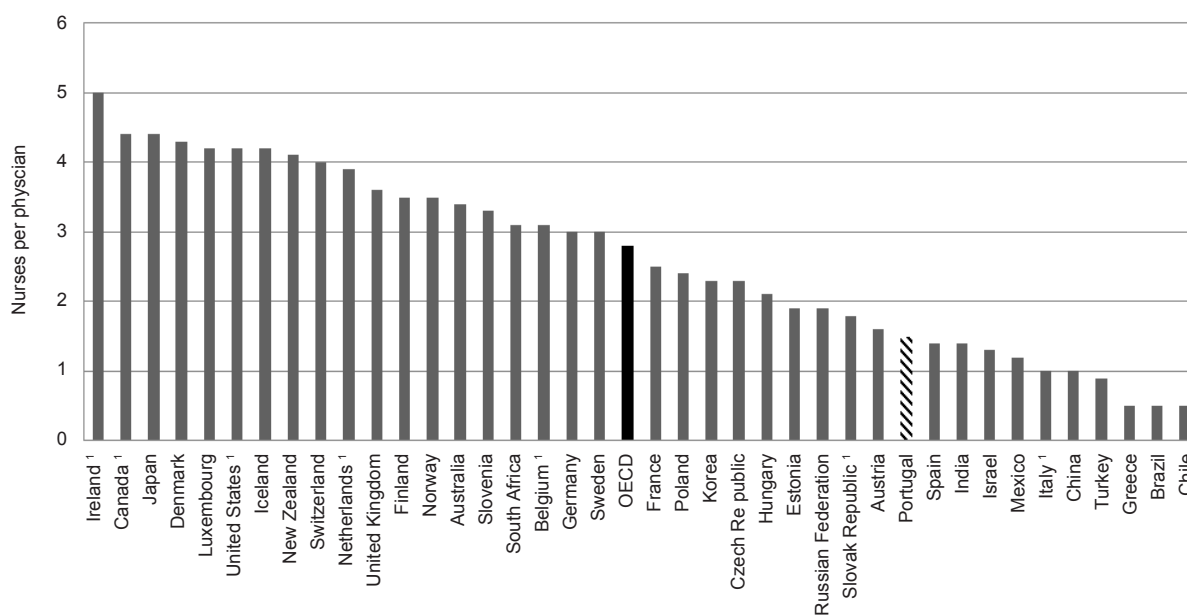


Source: OECD 2011; <http://dx.doi.org/10.1787/888932524279>

Figure 1 - Practising Nurses per 1000 population, selected countries, c2009

A second important indicator is the assess the relative availability of nurses and physicians who are working in the country. This gives some indication of the skill mix deployed in the health sector. OECD data is presented as an indicator of the number of nurses per physician. In 2009, the nurse-to-doctor ratio ranged

from five nurses per doctor in Ireland to less than one nurse per doctor in Chile, Greece and Turkey (Figure 2). The average across OECD countries is just below three nurses per doctor. The number of nurses per doctor in Portugal is also relatively low, at 1.5 nurses per physician.



Source: OECD 2011; <http://dx.doi.org/10.1787/888932524298>

Figure 2 - Nurse: Physician ratio, OECD countries c2009

Document and media review: Portugal

In order to provide more specific country context, an online, google search for documents on the topic of the expansion of the role of nurses in Portugal was conducted using the following key Portuguese words: combinação eficiente de profissionais de saúde, combinação de competências entre médicos e enfermeiros, alargamento de competências de enfermeiros, substituição de médicos por enfermeiros, prescrição por enfermeiros, vigilância da gravidez por enfermeiros. In parallel, daily and weekly Portuguese newspapers, journals, magazines were searched, also on Google, for the period between 1 January 2010 and 31 December 2011.

More than 4000 results, including articles in academic and professional journals, reports and electronic documents such as blogs and newsletters, of which only 17 were of detailed and direct relevant to the study, and were reviewed for reference to the issue of expansion of nurses' role and tasks.

Key documents identified in the search included a WHO report commissioned as part of the review of the National Health Plan⁽¹⁶⁾ which concluded that "evidence shows that broadening the scope of professional practice for nurses, if carefully implemented, can be an efficient and cost-effective way to deal with demographic challenges (...) and can improve access and satisfaction of both patients and professionals"; a recent report from the Health Regulatory Agency in Portugal (Entidade Reguladora da Saúde- ERS)⁽⁵⁾ which noted that some categories of professionals, namely nurses and technicians may be underutilized, and which stated that some basic medical acts can safely be executed by adequately trained nurses and technicians; a background report on human resources for health, commissioned for the preparation of the new National Health Plan- 2011-2016⁽³⁾ which stressed that "the low nurse/physician ratio indicates primarily a productivity and cost-effectiveness problem" and concluded that "there is scope for task shifting and delegation of tasks, particularly from physicians to nurses" ; and the recent report on "Reforming the hospital sector" commissioned by the Ministry of Health in Portugal⁽⁶⁾, which explicitly recommended "the attribution of new activities to nurses" (p108), to avoid using physicians for tasks which do not require their level of expertise; and a review of the Portuguese health system which noted that "One of the major challenges for the next 10 years, not yet translated into policy actions, is the redefinition of roles for health care professionals"⁽¹⁷⁾.

The search of media articles also showed that the topic of nurses in advanced roles has come increasingly to public attention in Portugal in recent times. Issues reported included various stakeholders stances on the possibility of legal changes to authorize nurses to prescribe medicines, broader issues related to health sector efficiency during the economic and financial crisis, and questions of the composition of the health workforce and of the distribution of roles among the various groups of professionals.

Key informant interviews

The second phase of the Portugal based assessment were 14 semi-structured face-to-face interviews, conducted between July and October of 2011 with key-informants including representatives of medical and nursing councils, faculties and schools of medicine and nursing, hospital directors and professional associations. The main topics explored were the scope of practice of physicians and nurse, limitations and difficulties with the existing skill mix between physicians and nurses, and impact, opportunities and threats, of implementing advanced nursing in Portugal. The main finding was that opinions of key stakeholders are still divided in Portugal and there does not appear to exist a strong advocacy movement in favour of changes in the physician- nurse skill mix.

Survey of first line managers

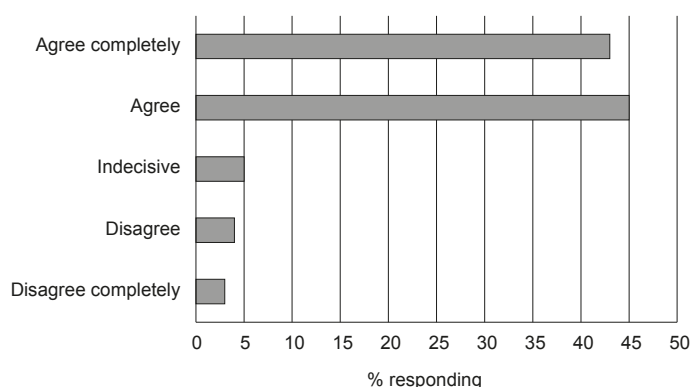
The key informant interviews were complemented by a survey of the opinions of first line managers of Groups of Health Centers (Agrupamentos de Centros de saúde- ACES). ACES were created in Portugal in 2009 with a mandate to improve coordination and efficiency of basic health services at local and sub-regional level through better planning and sharing of resources. There are 73 ACES, with a management structure consisting of an Executive Director, a Clinical Council (CC) and a Management Support Unit (UAG). The CC includes a family physician as president, a Public Health physician, a nurse and another health professional.

ACES Executive Directors and Clinical Council members were targeted because they are at the front line of the delivery of services and they are well positioned to assess the relevance or not of the expansion of nurse's roles in primary care, as well as its feasibility. A questionnaire of 10 closed (Likert scale) and two open questions was developed as an online survey. An email with the online survey link was sent to all the Executive Directors and members of Clinical Councils, using the

mailing list of a training program to which the targeted population participated in 2009-2010. Of 365 emails sent (5x73 Group of Health Centers), 49 rebounded for being inactive and 101 valid answers were collected, corresponding to a 32% response rate.

Key points emerging from the survey were that most respondents believed that discussion on advanced roles for nurses was relevant to the Portuguese context,

and that there was specific scope for specific tasks to be undertaken by nurses. Most respondents (90%) agreed that the discussion of the development of nursing advanced roles in Portugal, in order to improve accessibility of health services is relevant, most (88%) also agreed with the statement "Among the frequent tasks executed by physicians, there are some that could be executed by adequately trained nurses" (see Figure 3)

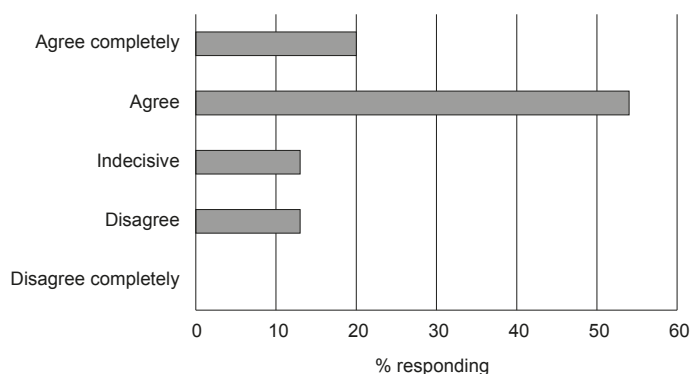


Source: ACES survey

Figure 3 - ACES response to question "Among the frequent tasks executed by physicians, some could be executed by trained nurses" (n=101)

A similar number agreed that the development of advance roles for nurses necessarily implies the introduction of specific training. Other key findings included that 85% of respondents considered that medical and nursing professional councils should have the last word on

the expansion of nursing advanced roles, that 84% agreed that certification of competencies mechanisms would be needed and that 74% of respondents agreed that the opportunities created by the expansion of the roles of the nurses would compensate for any risks (see Figure 4).

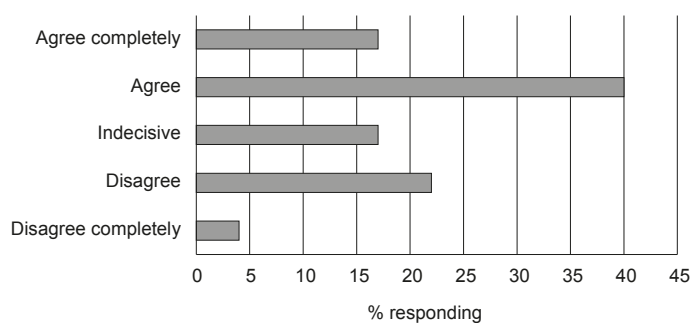


Source: ACES survey

Figure 4 - ACES response to question "The opportunities created by the expansion of the roles of nurses compensate for the risks" n=101)

Primary care was seen by 68% of respondents as the appropriate field to start experimenting with advanced roles, and 57% agreed that the expansion

of nurse's roles permitted the substitution of costly production inputs by less expensive ones (Figure 5).



Source: ACES survey

Figure 5 - ACES response to question "The expansion of nurses' roles allows for the substitution of costly inputs by less costly inputs" (n=101)

In response to open questions, ACES survey participants mentioned the following areas where nurses' roles could be expanded: Integrated disease management, chronic disease and pregnancy management, care to vulnerable groups, diabetes, hypertension, screening and orientation in situations where medical care is not needed (application of normative decision flowcharts), maternal and child care, nutrition counseling, health promotion in general, treatment and evaluation of wounds, and suture of simple and superficial injuries. Regarding the authorization to write prescriptions, it was recognized as acceptable for specific complementary diagnosis exams, and for limited types of medicines (for example, analgesics, contraception and anti-tobacco, anti-pyretic in case of a high fever); one respondent stated that nurses should not only prescribe but also be authorized to make small adjustments of doses of medical prescriptions.

The survey responses highlighted that, although there is some acceptance of the potential for expanded roles for nurses amongst some of the medical profession, there are concerns with regard to patient safety and quality of care. The nursing curriculum would need adjustments and professional regulation would have to be adapted, which would require collaboration between the Medical and Nursing Councils. In addition, the absence of financial and organizational incentives for nurses to take up more complex functions is also a potential constraint. Some respondents considered that the organizational conditions for effective teamwork are not all in place, which limits the possibility of expanding nurses' roles. Another constraint identified was the absence of information systems that track the activities of each professional and of guidelines and protocols that ensure that everyone knows what the other members of the team are supposed to do and actually do. This is

perceived as a prerequisite to building mutual trust and developing informed policy making, a critical condition for the acceptance of the expansion of roles of nurses, and eventually of other professionals.

Workshop with key informants

A technical workshop was organized on 10 February 2012 with the objective of obtaining initial responses from stakeholders, to the preliminary results of the study. The meeting was held under "Chatham House", whereby a report of the meeting was written, but all discussion was non attributable. There were 19 participants including managers of health services, officials of nursing and medical councils, and researchers. Much of the discussion concerned the contents of any expansion of roles of nurses. This question reflects on what would be the most appropriate skills-mix in health services to guarantee the quality of services and to better respond to demand, namely in terms of more efficient utilization of existing resources. It was argued that this discussion should take into account the specificities of the Portuguese health sector, e.g. how services are organized and financed. It was also deemed important to ensure that expanding the roles of nurses or of any other group would not have collateral negative effects on other professional groups.

Regarding the feasibility of expanding nurses' roles at present in Portugal, the consensus was that "the road is still long" before this may become fully possible. Among nurses and physicians there are very differing views, with some much in favor and others much against and all sorts of nuances in between. However there was a clearer consensus in saying that the current economic and financial crisis offered an opportunity to open the discussion on how services are delivered and how professionals can be used more efficiently. One

important obstacle was mentioned, that of the current relatively low nurse: physician ratio in Portugal which makes it difficult to convince nurses to accept new responsibilities in addition to an already heavy workload.

The issue of the potential for nurses to have the right to prescribe was the most hotly debated. The consensus was that this needed to be regulated and that in principle, nurses should be able to prescribe medicines and order examinations and tests in the areas in which they are authorized to practice. All assumed that training would have to be adjusted in accordance to the knowledge requirements of these new activities.

Finally, participants remarked that using evidence on successful international experiences was helpful, but that it was insufficient in itself. Evidence from national research in Portugal, which is in rather short supply at present, was also needed.

The workshop showed that there was a need for clarification of the language used to discuss role expansion. Terms such as substitution, delegation, teams of peers, complementarity, role, tasks, competencies, scope of practice, come in the discussion, but they are not always used to describe the same issue, or understood in the same manner by all.

To add to the confusion, there is no clear and operational definition of what is a medical task or a nursing task in the Portuguese legislation. Participants added that at ground level, professionals themselves had no clear understanding of what “belonged” to each professional group. Without such definitions, it may be more difficult to be precise about the contents of an expanded role, or which tasks could be delegated.

Discussion

The policy context for nurses in advanced roles

The international review had highlighted that different countries are at different stages of development in terms of their use of nurses in advanced roles. The various elements of the study conducted in Portugal showed that there is no clear consensus on if, or how, any developments in advanced roles for nurses should be taken forward in the country. In this regard, the history of the introduction of nurse practitioners in the USA is of relevance. US was one of the first countries to develop such roles, almost 50 years ago. This chronology highlights the significance in the US of government funding as “pump priming” in the 1960s and 1970s, and the ongoing process of gaining legislative support through the 1970s, 1980s and 1990s⁽¹⁸⁾. Different countries will

have different timetables and drivers. The key points that any country should consider in looking at the potential for using nurses in advanced roles will have to include⁽⁷⁾:

First, there is a need for stakeholders to agree on the need for advanced practice nurses. Key stakeholders will include representatives of the nursing and medical professions, ministries of health and education, employers and regulators. Several commentators noted the need to base this approach on mutual respect, and on developing a collaborative model of health care delivery

Second, where principles of need have been agreed, there is then a requirement to ensure that the advanced role(s) have been defined, and the associated educational requirements have been identified.

Third, issues of certification and regulation have to be determined. As summarised in this report, different countries have adopted different approaches. Some have developed a single national level approach to certification/licensure with separate national registration, whilst others have adopted a voluntary approach.

Fourth, the career structure and payment system for advanced nurses has to be established, and the potential impacts on other professions, the organization and accessibility of services has to be assessed.

Portugal is at the first stage of this possible process. As described in this report, there is a limited evidence base in the country about the potential impact of developing nurses in advanced roles. However, well documented international experience shows that this can be done effectively, whilst maintaining quality of care and with benefits for them and for providers as well.

Conclusion

The limited evidence base on nurses in advanced roles in Portugal is a constraint on progress, but it is not an excuse for inaction. Further research in Portugal which looks at local experience with deploying health professionals in innovative and effective roles would assist in informing policy direction. Most importantly, there is the need to move forward with a fully informed policy dialogue, taking account of the current political, economic and health service realities of Portugal, which can explore in a structured and objective manner what is best for healthcare in the country, in terms of the overall health workforce profile.

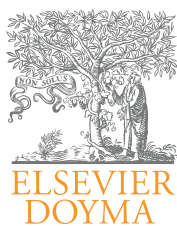
References

1. World Health Organization Europe (WHO). [Internet]. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal

- (2004-2010). 2010. [acesso 20 jun 2012]; Lisbon: World Health Organization Europe, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/02/WHO-E.pdf>
2. European Federation of Nurses Associations (EFN) (BE). Caring in Crisis: The Impact of the Financial Crisis on Nursing and Nurses: A Comparative Overview of 34 Countries. 2012. EFN. Brussels; 2012.
 3. Dussault G, Fronteira I. Human resources for health (HRH) plan component of national health plan 2011-15 (Portugal). 2010. [acesso 20 jun 2012]; Lisbon: Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde; 2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/08/RHS2.pdf>
 4. Barros PP. Substitution at the margin: physicians vs nurses. 2011 Presentation to 12th National Conference on Health Economics, Lisbon, 13-15 October. [acesso 20 junh 2012]; Disponível em: <http://12cnes.apes.pt/>
 5. Entidade Reguladora da Saúde (PT). Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. Porto; 2011. [acesso 20 jun 2012]; Disponível em: <http://www.ers.pt/>
 6. Grupo da Reforma Hospitalar (PT). Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. 2011. [acesso 20 jun 2012]; Lisbon; 2011. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf
 7. Buchan J, Calman L. Skill Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD Health Working Papers no. 17. Paris: OECD; 2004.
 8. Delamair M, Lafortune, G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers no.54. Paris: OECD; 2010.
 9. International Council of Nurses (ICN). Definitions and Characteristics of the Role. 2011. [acesso 20 junh 2012]; Geneva: ICN; 2011. Disponível em: <http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/practice%20issues/role%20definitions.asp>
 10. Pulcini JM, Jelic RGul, Yuen L A. An international survey on advanced practice nursing, education, practice and regulation. Image: J Nurs Scholars. 2010;42(1):31-9.
 11. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B.. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2, Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
 12. Chan D, Harris S, Roderick P, Brown D, Patel P. A randomised controlled trial of structured nurse-led outpatient clinic follow-up for dyspeptic patients after direct access gastroscopy. BMC Gastroenterol. 2009;9:12.
 13. Voogdt-Pruis HR, BeusmansGHMI, Gorgels APM, Kester ADM, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. Br J Gen Practice. 2010;60(570):40-6.
 14. Chen C, McNeese-Smith D, Cowan M, Upenieks V, Affi A. Evaluation of a nurse practitioner-led care management model in reducing inpatient drug utilization and cost. Nurs Econom. 2009;27(3):160-8.
 15. Organisation for Economic Cooperation and Development (2011) Health at a Glance 2011:OECD Indicators. [acesso 20 jun 2012]; Paris (FR): OECD Publishing; 2011. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>
 16. World Health Organization Europe (WHO). Portugal Health System Performance Assessment. 2009. Lisbon: World Health Organization Regional Office for Europe, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde; 2009.
 17. Barros PP, Simões JM. Portugal Health System Review, 2011. European Observatory of Health Systems and Policy. Health Systems in Transition, 13;4 Portugal Health System Review, Brussels; [acesso 20 jun 2012]; Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf
 18. Pulcini J, Wagner M. Nurse practitioner education in the United States: A success story. Clin Excellence Nurse Practit. 2002;6(2):51-6.

2.2. Estudo II

Temido M, Dussault G. *Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2014; 32 (1): 45-54.



Artigo original

Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança



Marta Temido* e Gilles Dussault

Unidade de Ensino e Investigação em Saúde Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Política e Planeamento em Saúde, Centro de Malária e outras Doenças Tropicais, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 6 de dezembro de 2012

Aceite a 14 de novembro de 2013

On-line a 11 de fevereiro de 2014

Palavras-chave:

Combinação de papéis profissionais

Médicos

Enfermeiros

Limites legais e regulamentares

Mudança

Conteúdo funcional

R E S U M O

Introdução: Em Portugal, a análise da composição da força de trabalho em saúde indicia uma combinação ineficiente de papéis de médicos e enfermeiros. Uma das respostas possíveis para o problema pode ser encontrada no alargamento de funções da profissão de enfermagem, visto que a evidência demonstra que esta é uma opção que pode contribuir para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde em termos de eficiência e acesso. Sabendo-se que o quadro normativo que sustenta cada uma das profissões pode representar um limite à revisão do respetivo campo de exercício, avalia-se a necessidade de mudanças no ordenamento jurídico português para um alargamento das fronteiras da enfermagem.

Métodos: Revisão da literatura publicada e não publicada e análise documental.

Resultados: Constatou-se que no ordenamento jurídico português não há uma definição de ato médico, mas existe uma reserva de exercício sobre os atos de diagnóstico médico, de prescrição terapêutica e de gestão autónoma do doente. Constatou-se também que outros atos, funcionalmente considerados como da profissão médica, podem ser delegados; e que muitos outros são considerados exclusivos da profissão médica apenas por força da norma social que resulta das práticas instituídas.

Conclusão: Apenas a intenção de atribuir aos enfermeiros funções nos domínios sob reserva médica absoluta exigirá prévias alterações legais e regulamentares. Existe espaço normativo para uma utilização mais efetiva das competências dos enfermeiros, suscetível de contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde português. A exequibilidade legal da mudança não deve fazer perder de vista que o sucesso de uma opção política depende do consenso social que reúne, e que, em Portugal, alguns parceiros manifestam reserva quanto à expansão do campo de atuação da profissão de enfermagem.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correios eletrónicos: martatemido@gmail.com, vogal@hdcantanhede.min-saude.pt (M. Temido).

0870-9025/\$ – see front matter © 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.11.002>

Skill mix between physicians and nurses in Portugal: Legal barriers to change

A B S T R A C T

Keywords:
Skill mix
Physicians
Nurses
Legal and regulatory barriers
Change
Practice

Introduction: The healthcare workforce composition in Portugal indicates an inefficient combination of doctors' and nurses' roles. One of the possible answers to this problem could be the expansion of nursing staff responsibilities. Evidence shows that this option can improve the performance of healthcare systems, in terms of efficiency and access. Knowing that the legal framework that regulates each of these professions can hinder the review of their respective scope of practice, we assessed the need to change the Portuguese law in order to allow adjustments in nursing staff tasks' boundaries.

Methods: Review of published and non-published literature and document analysis.

Results: We found that in the Portuguese law there is no definition of the medical act. There is, however, a regulatory protection on the exercise of medical diagnosis acts, drugs prescription and autonomous management of patients. We also observed that other actions considered unique to the medical profession, and many are so considered merely because of social conventions, can be delegated.

Conclusions: The intent of attributing to the nursing staff tasks previously held solely by medical doctors will need prior legal changes. There is still normative framework for a more effective use of nursing staff skills in order to attain a better performance by the Portuguese health care system. But the success or failure of a political strategy does not depend only on its legal feasibility; social acceptability also must be considered and some Portuguese stakeholders expressed reservations in supporting a nurse's scope of practice enhancement.

© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Encontrar a combinação adequada de recursos humanos constitui um dos desafios que se colocam a todos os sistemas de saúde^{1,2}, justificando uma importante área de investigação em torno da divisão do trabalho entre os vários provedores de serviços e da mescla de tarefas que compõem um papel profissional³⁻⁵. São vários os países em que se tem assistido a experiências de revisão da combinação de tarefas (*skill mix*) entre médicos e enfermeiros², face à percepção de que a resposta para alguns problemas de eficiência e acesso pode ser encontrada numa redistribuição racional do trabalho, inclusivamente, suscetível de se traduzir em delegação de tarefas (*task shifting*)⁶. Ao nível da Europa, a Inglaterra regista a mais longa tradição de políticas de expansão do campo de exercício profissional da enfermagem, de início dirigida para os cuidados de saúde primários e depois alargada a outros níveis assistenciais, num processo justificado na estratégia governamental de conferir maior eficiência à utilização dos recursos disponíveis e alicerçado na introdução de currículos e treino diferenciados, bem como na definição de algoritmos de trabalho⁷. Mas também a Suécia^{8,9} e, mais recentemente, a Espanha desencadearam a implementação de novas estratégias nesta matéria, designadamente, atribuindo ao enfermeiro o papel de primeiro contacto com o sistema de saúde, no caso sueco, e legalizando a prescrição de alguns fármacos por enfermeiros, tanto no caso sueco como no espanhol. Embora as implicações deste tipo de opção em termos de análise custo-benefício e de impacto no longo prazo não sejam claras^{10,11}, estudos referem que, em áreas e condições específicas, os

enfermeiros podem prestar cuidados equivalentes aos dos médicos^{7,11}.

Em Portugal, o número de médicos/1.000 habitantes (3,8 em 2010)¹² é superior ao da média dos países da União Europeia (3,4)¹², enquanto o número de enfermeiros/1.000 habitantes (5,7)¹² é inferior (7,9)¹² e o rácio de enfermeiros/médico (1,5)¹² é também muito inferior ao do grupo (2,5)¹², indiciando-se uma combinação ineficiente de recursos¹³.

Mas o tema da expansão de papéis dos enfermeiros apenas recentemente emergiu na agenda política nacional¹⁴⁻¹⁸. Ora, apesar de se reconhecer que muitas das alterações nos papéis dos profissionais de saúde ocorrem incrementalmente², uma revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros deve ser precedida, não só da avaliação da sua mais-valia técnica, em termos de eficiência e qualidade^{2,19}, mas também da ponderação da sua exequibilidade política, organizacional e económica²⁰. Ao nível da exequibilidade política coloca-se, entre outros aspetos, a questão da avaliação da necessidade de introdução de alterações normativas. É reconhecido que os limites do quadro legal e regulamentar que sustenta as profissões de saúde podem ser constrangimentos à revisão da definição do respetivo campo de exercício^{2,6,11}. Assim, utilizando como referencial de abordagem a teoria da divisão do trabalho especializado nas sociedades modernas e, particularmente, os conceitos de «jurisdição»²¹ – ligação entre uma profissão e o seu trabalho – e de «disputa de jurisdição»²¹ – competição entre grupos profissionais e/ou grupos ocupacionais pelo controlo de determinada(s) tarefa(s) – este estudo procura: (i) compreender o quadro normativo do exercício da profissão de enfermagem em Portugal para, por referência à profissão médica, conhecer as competências partilhadas e

proibidas; (ii) identificar, no contexto do país, situações em que o papel dos enfermeiros se modificou por via de um processo de evolução incremental; (iii) e perceber a necessidade de mudanças nos normativos portugueses para uma alteração da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros.

Métodos

A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva²². Recorreu-se à análise documental para construir o quadro de competências normativamente atribuídas às profissões médica e de enfermagem e para compreender a eventual necessidade de lhe introduzir alterações, tendo em vista uma revisão da combinação dos respetivos papéis. Os materiais utilizados foram textos normativos²³. Foram analisados os diplomas (Lei de Bases da Saúde, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Estatuto da Ordem dos Médicos, Código Deontológico dos Médicos, Lei n.º 9/2009, de 4 de março) e os projetos de diplomas (Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros n.º 389/98/MS e Projeto de Lei n.º 91/VIII de 1999) relacionados com o quadro normativo das competências da profissão de enfermagem e médica em Portugal. Os documentos foram sujeitos a uma análise de conteúdo de natureza qualitativa^{22,23}; como unidade de registo considerou-se o tema – «Ato médico», «Ato de enfermagem», «Diagnóstico, tratamento e prescrição», «Autonomia, interdependência e trabalho em equipa», «Delegação» – e como unidade de enumeração a presença/ausência das unidades de registo.

Complementarmente, para identificar situações de evolução incremental do papel dos enfermeiros, realizou-se uma pesquisa eletrónica na base Google Scholar orientada por palavras-chave.

Resultados

O quadro normativo do exercício das profissões médica e de enfermagem em Portugal

Em Portugal, o enquadramento do exercício profissional dos médicos e dos enfermeiros está, maioritariamente, cometido às ordens profissionais. Refira-se, a este propósito, que as ordens profissionais atualmente existentes no campo das profissões da saúde são, na sua maioria, criações normativas recentes. Efetivamente, depois de a Revolução Francesa ter decretado, juntamente com a liberdade de comércio, indústria e profissão, a abolição das corporações, no período entre as 2 Grandes Guerras, o modelo de Estado corporativo recuperou o papel dos corpos profissionais na regulação das profissões liberais. E ainda que, entretanto, o corporativismo tenha sido, também ele, derrotado, mantém-se, generalizadamente, a sujeição das designadas profissões liberais a um sistema de regulação pública. No país, as ordens sobreviveram ao fim da organização corporativa, ainda que a falta de referência às ordens, na Constituição da República de 1976, tenha conduzido à contestação da sua legitimidade, designadamente no que se referia ao aspeto da filiação obrigatória, por ofensa da liberdade negativa de associação e da liberdade de profissão²⁴. Mas esta controvérsia veio a ser definitivamente superada na

revisão constitucional de 1982 que consagrou, expressamente, as associações públicas; e mais de 20 anos depois, a Lei n.º 6/2008, de 13 de fevereiro, enquadrou a criação, organização e funcionamento de novas associações públicas profissionais. Recentemente, a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, veio trazer uma nova disciplina à matéria, no contexto dos objetivos de harmonização do reconhecimento das qualificações no espaço europeu e de eliminação dos requisitos injustificados ou desproporcionais ao acesso e exercício das profissões regulamentadas. No exercício das suas funções, as ordens dispõem, pois, de diversos poderes públicos, destacando-se, para o que aqui importa, o poder regulamentar, cujo grau de autonomia está, naturalmente, vinculado pela lei.

Da análise do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros²⁵ sobressai o artigo 91.º relativo aos deveres do enfermeiro para com outras profissões, que refere, designadamente, o dever do enfermeiro de «atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer as especificidades das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma» e de «integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação», vincando, com nitidez, o carácter de interdependência das atuações de enfermagem, sem prejuízo da autonomia que, no limite das suas competências, também lhe reconhece.

No Código Deontológico da Ordem dos Médicos²⁶, a natureza não subordinada do exercício médico, bem como o domínio exclusivo sobre certo tipo de atos, são os primeiros traços indeléveis. Sob a epígrafe «Independência dos médicos», o artigo 3.º, n.º 2 do Código dispõe, desde logo, que «em caso algum o médico pode ser subordinado à orientação técnica (...) de estranhos à profissão médica no exercício das funções clínicas». E o artigo 36.º, n.º 6 do mesmo normativo refere que «não é permitida a delegação de atos médicos quando se transfira para não médicos as competências de estabelecimento do diagnóstico, prescrição ou gestão clínica autónoma de doentes», consagrando expressamente o ato de diagnóstico, de prescrição e de gestão clínica autónoma de doentes como reserva de exercício. Ainda assim, e dado que este mesmo artigo 36.º, no seu n.º 4, refere que «quando delegar competências noutros profissionais de saúde, médicos ou não médicos devidamente habilitados, é dever do médico não ultrapassar nesta delegação as competências destes profissionais» parece concluir-se que a delegação de atos médicos não é um interdito absoluto. Indelegáveis serão apenas os atos de diagnóstico, prescrição ou gestão clínica autónoma de doentes. De resto, nesta mesma linha vai o artigo 147.º do citado Código que, ao vedar ao médico «delegar atos médicos noutros profissionais de saúde, sem prévio conhecimento e autorização da Ordem dos Médicos», salvaguarda a possibilidade de, cumprido este requisito, poder haver lugar a delegação. O mesmo sucedendo relativamente ao artigo 151.º do Código que, ao referir que «o médico não deve permitir que os seus colaboradores não médicos prestem aos doentes serviços da sua competência que não tenha prescrito», baliza a respetiva margem de atuação por uma prescrição médica inicial. Portanto, certos atos médicos – que não os atos de diagnóstico, prescrição ou gestão clínica autónoma de doentes –

poderão, em certos casos, ser delegados em enfermeiros como em outros profissionais de saúde.

Ultrapassada a análise normativa com fonte nas associações públicas profissionais, considere-se a análise do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros²⁷, de onde também resulta que há papéis vedados aos enfermeiros. Referindo a enfermagem como a «(...) profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem (...)» (artigo 4.º, n.º 1), o Regulamento define, depois, cuidados de enfermagem como «(...) intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiros no âmbito das suas qualificações profissionais (...)» (artigo 4.º, n.º 4), considerando «(...) autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais (...), com os contributos na investigação em enfermagem (...)» (artigo 9.º, n.º 2) e «(...) interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (...)» (artigo 9.º, n.º 3). Daqui decorre, novamente, que a noção de cuidados de enfermagem é encontrada no contexto da atuação da equipa de saúde, emergindo das diferentes responsabilidades sobre iniciativas tomadas no seio dessa equipa. Na verdade, se há ações cuja iniciativa radica na exclusiva responsabilidade do enfermeiro, outras há, também, que decorrem de prescrições ou orientações formuladas por outros técnicos, designadamente, e para o que aqui interessa, de prescrições e orientações médicas. Portanto, há intervenções que os enfermeiros não podem, autonomamente, desenvolver e que constituem atos que, por lhes estarem vedados, consubstanciam competências proibidas. Este é, desde logo, o caso do ato de diagnóstico, que não se confunde com o diagnóstico de enfermagem que o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros inclui nos cuidados de enfermagem. Mas é sobretudo o caso do ato de prescrição terapêutica que o próprio Regulamento, no seu artigo 9.º, n.º 4, alínea e), descreve com as características de intervenção interdependente, ao referir que os enfermeiros «(...) procedem à administração da terapêutica prescrita, detendo os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (...)». Ou seja, aos enfermeiros compete apenas a administração terapêutica subsequente à prescrição, salvaguardadas as situações de emergência, para além dos casos óbvios de medicamentos não sujeitos a receita médica. Isto, aliás, em coerência com a já referida disposição do artigo 36.º, n.º 6 do Código Deontológico dos Médicos, que se refere aos atos de diagnóstico e prescrição como insuscetíveis de delegação.

Resulta, portanto, que o diagnóstico médico e a prescrição terapêutica consubstanciam competências proibidas para a profissão de enfermagem. Mas a prescrição não se esgota na prescrição terapêutica. Com efeito, a prescrição pode referir-se, também e por exemplo, a meios complementares de diagnóstico e a ajudas técnicas. E se a prescrição de ajudas técnicas, seja por enfermeiros ou por outros técnicos de saúde,

parece limitada normativamente (v.g., segundo os formulários em vigor, para efeitos de benefício do subsídio aprovado pelos secretários de Estado do Emprego, adjunto do ministro da Saúde e da Solidariedade e Segurança Social, a prescrição de ajudas técnicas tem de ser realizada no âmbito de consulta externa realizada por médico), a prescrição de alguns meios complementares de diagnóstico por enfermeiros tem, em alguns domínios, um claro enquadramento legal. É o caso da prescrição dos exames necessários para acompanhar a gravidez fisiológica por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica²⁸.

Na ausência de qualquer alteração, os atos praticados com desrespeito por aquelas fronteiras são, inclusivamente, suscetíveis de preencher o tipo de crime de usurpação de funções, tal como se encontra previsto e punido no artigo 358.º, n.º 2 do Código Penal²⁹.

Finalmente, apesar de a Lei de Bases da Saúde referir que o conceito de ato médico é definido na lei³⁰, até à data, Portugal não aprovou legislação neste domínio, o que não permitiu encontrar, nesta sede, apoios para identificar quais as competências que – por consubstanciar reserva legal exclusiva da profissão médica – são competências interditas à profissão de enfermagem. Em 1997, a Ordem dos Médicos apresentou ao Ministério da Saúde as designadas «Bases para a legislação do Ato Médico», que vieram a consubstanciar uma proposta legislativa que foi aprovada pelo Governo³¹. O diploma referia que «(...) constitui ato médico a atividade de avaliação diagnóstica, prognóstica e de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades (...)»³¹, ao mesmo tempo que reservava a competência para a sua prática aos «(...) licenciados em medicina regularmente inscritos na Ordem dos Médicos (...)»³¹. E definia, ainda, as condições da participação de outros profissionais de saúde no ato médico, limitando-as à prática «(...) sob orientação ou mediante prescrição médica (...)»³¹. Contra este projeto de definição de ato médico pronunciaram-se vários sectores da sociedade portuguesa. Desde logo, as associações de medicina não convencionais³²; depois, a Ordem dos Enfermeiros, então em fase de instalação: «(...) Porque no projeto de decreto-lei em apreço o conceito de ato médico envolve a esfera de competência de outros profissionais, a Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros entendeu ser indispensável assumir uma posição relativamente a esta matéria (...)»³³. Por fim, o presidente da República decidiu vetar o decreto governamental³⁴, suscitando acesa reação da Ordem dos Médicos: «(...) Sua excelência o presidente da República, que pela elevação do cargo que ocupa nos obriga a merecer o maior respeito, prestou uma mau serviços aos portugueses, prejudicou a saúde e ofendeu os médicos (...)»³⁵, escrevia em comunicado a Ordem dos Médicos. Mas uma nova tentativa de fazer aprovar legislação sobre esta matéria ocorreu quando, em 2000, pela mão de alguns deputados do Partido Social-Democrata, foi apresentado à Assembleia da República um segundo projeto de lei sobre o ato médico. Na sua exposição de motivos referia-se: «(...) Em nosso entender, o ato médico só diz respeito à atividade exercida por licenciados em medicina regularmente inscritos na Ordem dos Médicos e segundo os conhecimentos da ciência médica. Não se trata, portanto, da definição de todo o ato terapêutico, nem bem assim estão abrangidas outras intervenções autónomas que

igualmente participam dos cuidados de saúde. Em sentido estrito define-se assim que a atividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades caracteriza o ato médico, como a prática clínica médica claramente comprova (...).»³⁶ Este projeto de lei não chegou a ser agendado para discussão em plenário. E, em 2005, após referendo, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos encabeçou, sem sucesso, uma nova tentativa de definição de ato médico com base em projeto de conteúdo semelhante ao das anteriores iniciativas. Recentemente, os órgãos de comunicação interna da Ordem dos Médicos noticiaram a alegada abertura do presidente da República para aprovar um projeto de lei de definição de ato médico, caso a proposta encontrasse um consenso entre os diferentes parceiros na área da saúde, demonstrando que, apesar de tudo, esta é uma controvérsia que está longe de ser encerrada, mesmo que um determinado entendimento jurídico considere que «(...) a espessura e a densidade do conceito de ato médico saem reforçadas pela inexistência de uma sua definição material (...)»³⁷.

A evolução incremental da profissão de enfermagem em Portugal

Muito embora uma revisão da literatura permita identificar algumas tentativas de classificação e de sistematização das formas de mudança da combinação de competências das profissões médica e de enfermagem – de que é exemplo a taxonomia proposta por Sibbald et al. *enhancement, substitution, delegation* e *innovation*¹⁰ – é importante sublinhar que muitas das alterações nos papéis dos profissionais de saúde ocorrem incrementalmente², isto é, as mudanças dos papéis profissionais desenvolvem-se, espontaneamente, como resposta à dinâmica das necessidades sociais, na medida em que alguns grupos começam a desempenhar certos papéis e outros a abandoná-los.

Uma pesquisa orientada pelas palavras-chave «encaminhamento de doentes por enfermeiros», «avaliação de doentes por enfermeiros» permitiu encontrar, para Portugal, 2 exemplos que se crê poderem configurar casos de modificação social do conteúdo da profissão de enfermagem: o papel dos enfermeiros no «Sistema de Triagem de Manchester» e na «Linha de Saúde 24».

Com efeito, o «Sistema de Triagem de Manchester» – sistema de triagem hospitalar, baseado num algoritmo clínico, que permite identificar o critério de gravidade inerente à queixa apresentada pelo utente, indicando a prioridade com que o seu estado deve ser atendido – e a «Linha de Saúde 24» – sistema de triagem telefónica, também baseado num algoritmo clínico, que permite perceber o grau de severidade de cada caso e adequar o encaminhamento do utente para um determinado serviço de saúde à sua efetiva condição – constituem modelos de organização da atividade assistencial que encontram forte respaldo no trabalho dos enfermeiros triadores.

O facto de o sistema de triagem de Manchester ser, hoje, utilizado na generalidade dos serviços de urgência dos hospitais portugueses, não pode fazer esquecer que este modelo continua a ser alvo de importantes desconfianças

por defensores da reserva do ato médico, destacando-se, a este propósito, o recente alerta da Ordem dos Médicos sobre os riscos deste *task shifting*, face à incapacidade técnica dos enfermeiros para detetarem e resolverem quadros clínicos que ultrapassam os descritivos dos protocolos³⁸. O mesmo se tendo passado, aliás, no quadro do início do funcionamento da Linha de Saúde 24, serviço de aconselhamento terapêutico, em termos de crítica da Ordem dos Farmacêuticos. De resto, o mesmo posicionamento foi registado da parte da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Emergência Pré-Hospitalar, numa outra situação de evolução de conteúdos profissionais que se pode considerar semelhante às que se vêm descrevendo, relativa ao desempenho pelos técnicos de operações de telecomunicações de emergência de funções anteriormente atribuídas a enfermeiros, no âmbito do Centro de Orientação de Doentes Urgentes.

Discussão

Face a uma análise do sistema de saúde português, a revisão da combinação de papéis profissionais, designadamente de médicos e enfermeiros, surge como um dos grandes desafios para a próxima década^{14,15}.

Na verdade, o tema da expansão de papéis dos enfermeiros é relativamente recente no contexto do país, tendo começado a ser objeto de debate, principalmente, por iniciativa da Ordem dos Enfermeiros, emergindo na agenda política por influência do Ministério da Saúde no âmbito de um conjunto de iniciativas estratégicas para reforçar a eficiência do sistema. Com efeito, em meados de 2011, no âmbito do III Congresso Nacional da Ordem dos enfermeiros, subordinado ao tema «Desafios em saúde: o valor dos cuidados de enfermagem», foi apresentado um estudo em que se referia que «(...) num contexto de múltiplos fatores que afetam custos, um maior rácio enfermeiros/médicos traduz-se em menores custos (...)»¹⁶, efeito que vai no mesmo sentido em centros de saúde e em hospitais e que constitui evidência preliminar, para Portugal, dos mesmos efeitos que se encontram na literatura internacional, concluindo-se que: «(...) Se enfermeiros realizarem atividades em casos que decorrem de cuidados de enfermagem e que são atualmente feitos pelos médicos, estes podem, com esse tempo liberto, realizar outras atividades.»¹⁶ Uns meses depois, tendo como pressupostos os compromissos assumidos pelo país no Memorando de Entendimento entre Portugal e a Comissão Tripartida CE/BCE/FMI e por solicitação do ministro da Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde publicava um relatório designado «Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde» no qual inscrevia a «(...) combinação eficiente das profissões de saúde (...)»¹⁷ como um dos aspetos nucleares para a obtenção de ganhos de eficiência; nele se referia expressamente que: «(...) Existem atos mais básicos que ainda hoje são praticados por médicos, mas que podem ser exercidos, com ou sem supervisão por médico consoante a situação concreta, por outros profissionais de saúde, por exemplo enfermeiros ou técnicos de diagnóstico e terapêutica, desde que se encontrem incluídos no leque de competências adquiridas nas suas formações específicas.»¹⁷ De igual modo, na sequência dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar,

no final de 2011, foi publicado o relatório «Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança», no âmbito do qual se considerava a «(...) atribuição de novas atividades aos enfermeiros (...)»¹⁸ como uma das medidas para melhorar a eficiência dos hospitais, recomendando-se que «(...) deverá ser definido um programa de implementação até ao final de 2012 (...). Em 2013, a transferência de tarefas deverá estar concluída e implementada.»¹⁸ Numa análise recente sobre a reforma do Estado e a promoção do crescimento económico, a própria OCDE veio recomendar a Portugal a revisão do *skill mix* das profissões de saúde de modo a garantir uma melhor resposta às novas necessidades assistenciais³⁹.

Mas importa não esquecer que o desenvolvimento da enfermagem pela via da partilha de alguns papéis que são reservados ao exercício médico não beneficia de um consenso generalizado, designadamente no seio da própria profissão. Efetivamente, não prescindindo de sublinhar a evolução registada em Portugal, ao longo das últimas décadas, no ensino e no exercício profissional dos enfermeiros, alguns autores discutem se a enfermagem deverá evoluir numa lógica de apropriação de competências típicas do modelo biomédico ou antes numa perspectiva de «enfermagem avançada»⁴⁰, em que se aprofundam as aptidões «centradas nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando o conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem»⁴⁰. Argumentando que se virá a debater a capacidade de alguns enfermeiros realizarem certas tarefas médicas a um custo mais baixo, os autores reclamam-se defensores de um desenvolvimento da profissão pelo aprofundamento da teoria de enfermagem, visto não ser «coerente a redução das prioridades políticas em saúde às atividades de diagnóstico e tratamento», à luz dos perfis demográficos e epidemiológicos que corporizam as atuais necessidades em saúde⁴⁰.

E importa, finalmente, sublinhar que a opção pelo alargamento do âmbito clínico do exercício da enfermagem é, sobretudo, controvertida no seio da profissão médica. Com efeito, considerando apenas alguns exemplos recentes, a propósito da instituição da figura do enfermeiro de família, é possível constatar que, em maio de 2012, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos recusava a possibilidade de estes enfermeiros poderem acompanhar grávidas de baixo risco e doentes crónicos e de poderem prescrever medicamentos⁴¹, posição secundada, em março de 2013, pelo Conselho Nacional Executivo ao sublinhar a necessidade de respeitar a formação e a competência próprias de cada profissão de saúde, mantendo a «liderança responsável do médico de família» e contrariando «derivadas autonómicas»⁴². De igual modo, agora a propósito do papel dos enfermeiros na triagem de prioridades da urgência hospitalar, é possível constatar que, em julho de 2013, a Ordem dos Médicos alertava para os riscos deste *task shifting*, com base no entendimento de que os protocolos de trabalho fundados em algoritmos de decisão revelam óbvias limitações quando aplicados por «profissionais sem formação em diagnóstico clínico» e incapazes de se aperceberem de quadros assistenciais potencialmente mais graves, invocando a desnecessidade desta opção num contexto nacional de dotação suficiente, e a prazo excedentária, de recursos humanos médicos³⁸. Note-se que, também em outros países, as entidades reguladoras profissionais manifestaram

antagonismos semelhantes – foi, por exemplo, o caso dos Estados Unidos da América, onde a oposição da *American Medical Association*, diversamente da sua homóloga britânica, foi considerada um obstáculo à expansão do âmbito de exercício da profissão de enfermagem – que, em alguns casos, permanecem visíveis^{7,11}.

Em qualquer circunstância, sublinha-se que uma alteração da combinação de papéis de médicos e enfermeiros se confronta, em Portugal e à data, com certos limites normativos. Mas estes limites não inibem a existência de margem para uma redistribuição de trabalho.

Assim, da análise do quadro legal e regulamentar do exercício das profissões médica e de enfermagem resultou que:

- Os atos de enfermagem dividem-se entre aqueles que apenas dependem da iniciativa do enfermeiro, esgotando-se na respetiva esfera de responsabilidade (intervenções autónomas), e aqueles que dependem da iniciativa de outro profissional de saúde, assumindo o enfermeiro unicamente a responsabilidade pela sua realização técnica (intervenções interdependentes).
- Os atos de diagnóstico médico (diferentemente do diagnóstico de enfermagem), de prescrição terapêutica (diferentemente da prescrição não terapêutica) e de gestão autónoma de doentes constituem atos de reserva absoluta da profissão médica.
- Os outros atos, funcionalmente considerados como atos da profissão médica, afiguram-se suscetíveis de serem delegáveis em outros profissionais de saúde, designadamente, em enfermeiros, mediante autorização da Ordem dos Médicos e com os limites definidos por uma prescrição médica inicial.

Deste modo, não se vislumbra existir qualquer impedimento normativo a que os enfermeiros possam, por exemplo, prescrever meios complementares de diagnóstico. Pelo contrário, para que possam iniciar a prescrição terapêutica, designadamente, farmacológica, será necessário que, primeiro, se realizem alterações normativas.

Este foi, de resto, o caminho recentemente percorrido em Espanha – e, anteriormente, nos Estados Unidos, Nova Zelândia, Austrália, Canadá, Reino Unido e Suécia – onde se determinou que: «(...) Os enfermeiros, de forma autónoma, poderão indicar, usar e autorizar a dispensa de todos os medicamentos não sujeitos a prescrição médica. A indicação, uso e autorização da dispensa de determinados medicamentos sujeitos a prescrição médica por enfermeiros será regulamentada pelo Governo.»⁴³ (nossa tradução).

Os exemplos de atos expressamente subtraídos ao âmbito de atuação da profissão de enfermagem, tal como os exemplos de atos suscetíveis de serem incluídos na esfera de intervenção dos enfermeiros, não devem, todavia, fazer esquecer as vastas zonas em que a norma sempre será omissa. No contexto português, os atos de referenciar doentes entre níveis de cuidados, de assinar uma carta de alta, de interpretar os resultados de exames laboratoriais, entre tantos outros, são, face às normas da prática instituída, atos que se inscrevem no âmbito de competências da profissão médica. O que tolhe o enfermeiro na sua realização? Seguramente, não a lei.

De resto, sem prejuízo da segurança jurídica que sempre será necessário acautelar, a opção por uma definição genérica de qual seja o campo de exercício das profissões de saúde e, em concreto, das profissões médica e de enfermagem – designadamente por referência à sua missão e não por escrutínio rigoroso das suas funções – parece ser a solução que melhor responde à constante evolução dos sistemas de saúde e à sua natureza complexa e adaptativa em resposta à dinâmica das necessidades assistenciais e à utilização racional dos recursos envolvidos^{2,11}. Por exemplo, no Reino Unido os papéis profissionais incluídos no âmbito de atuação dos *advanced practice nursing* não estão taxativamente enunciados em nenhum normativo, o que reduz as barreiras à inovação; já em França a definição dos conteúdos funcionais de cada profissão, em termos do que lhe compete e do que lhe não compete fazer, é objeto de regulamentação nacional detalhada, o que, de alguma forma, constrange modificações dos papéis profissionais¹¹.

Importa ter presente que a evolução dos conteúdos profissionais é um processo dinâmico, como bem descrevem as abordagens sociológicas à construção das profissões. Efetivamente, quer atribuindo o reconhecimento de uma profissão a critérios de legitimidade social – como defendiam as teorias funcionalistas⁴⁴ que emergiram na década de 30 do século XX – quer recorrendo às relações de negociação e conflito através das quais uma ocupação se converte em profissão – como propunham os interacionistas⁴⁵ – ou mesmo partindo da crítica dos modelos profissionais, que classificavam como sistemas de mandarinato – como referia Gyaramati⁴⁶, um dos autores nucleares das correntes antiprofissionalistas – estes modelos explicativos ajudam a compreender as profissões como realidades evolutivas, em termos históricos e sociais. Mas também permitem salientar o papel das relações de poder na construção das fronteiras entre as profissões, como resulta dos trabalhos de Freidson⁴⁷, que expõem a divisão do trabalho como o resultado de um processo de negociação social em que um determinado grupo reivindica particulares competências, adquiridas em instituições formais de educação, que lhe conferem, por parte do Estado, o privilégio de controlar o exercício de certas tarefas. E permitem, sobretudo, recorrer ao quadro analítico dado pelos conceitos de jurisdição e de disputa de jurisdição – introduzidos por Abbot²¹, um dos autores da escola sistémica – que descreve a história das profissões como a da luta de grupos ocupacionais pela reclamação de jurisdição sobre áreas de atividade que já existem e estão sob o domínio de outros grupos e apresenta o conhecimento abstrato controlado pelos grupos ocupacionais como o principal recurso na disputa jurisdicional e como a característica que melhor define uma profissão.

O conceito de profissão aparece, portanto, sempre associado ao domínio conjuntural que um determinado grupo ocupacional detém sobre um saber específico, atribuindo-lhe o monopólio sobre o exercício de um conjunto de atividades, conferindo-lhe autonomia de organização dessas atividades e garantindo-lhe, por parte do Estado, legitimação de certos privilégios profissionais. Considerando, portanto, que a esfera de intervenção de cada profissão se firma ao longo da história da luta pela reserva de um saber específico, entende-se

que muitos aspetos da discussão sobre as fronteiras da profissão médica e de enfermagem, no nosso país, devem ser contextualizados a esta luz.

A constatação de que, no ordenamento jurídico português, existe espaço normativo para um alargamento do campo de exercício da profissão de enfermagem não poderá, contudo, fazer esquecer que a avaliação da exequibilidade política de uma opção deste tipo não se esgota ao nível da análise da sua exequibilidade legal. Neste sentido, a discussão sobre os resultados do presente estudo deve ser complementada pelas conclusões de uma investigação anterior⁴⁸, realizada com o objetivo de conhecer o posicionamento dos *stakeholders* do sistema de saúde português relativamente ao diagnóstico de que uma revisão da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros – designadamente por via do desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem – seria suscetível de contribuir para uma melhoria do desempenho do sistema em termos de eficiência e acesso. Neste estudo recorreu-se à análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas, realizadas com interlocutores chave selecionados pela sua posição de relevo no sistema de saúde português (v.g., presidentes das secções regionais da ordem dos médicos e enfermeiros, diretores de escolas médicas e de enfermagem, diretores clínicos e de enfermagem de unidades de saúde) e à aplicação de questionário eletrónico, dirigido a conselhos executivos de agrupamentos de centros de saúde. Tendo sido possível concluir que o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem beneficia, em Portugal, de um crescente consenso dos parceiros sociais – particularmente na área dos cuidados de saúde primários, onde as recentes reformas parecem ter gerado uma dinâmica de trabalho em equipa – não deixou de constatar-se que a reserva com que certos sectores, não exclusivamente médicos, ainda consideram esta solução, mostra que há um vasto caminho a percorrer⁴⁸. Como limitação deste estudo reconhece-se que o facto de apenas uma das secções regionais da Ordem dos Médicos ter manifestado disponibilidade para a aplicação da entrevista reduziu a capacidade de efetuar uma apreensão abrangente do entendimento deste parceiro sobre a matéria; ainda assim, destaca-se que a principal perceção colhida foi a de que esta não é considerada uma questão prioritária para o sistema de saúde português, visto não existir a carência de médicos que, noutros contextos, impulsionou a necessidade de uma diferente combinação de recursos.

De igual modo não poderá ser esquecido que a avaliação desta margem de substituíbilidade de fatores de produção tem que tomar em linha de conta a necessidade de investimento na adequação das competências dos profissionais cujos papéis se opta por expandir, na revisão dos regimes remuneratórios instituídos face à atribuição de novas responsabilidades e na própria substituíbilidade dos profissionais que viram a sua carga de trabalho aumentada. E, sobretudo, que a alocação de novas tarefas aos enfermeiros, libertando tempo de trabalho médico para atividades mais diferenciadas, terá de ser integrada numa estratégia de análise global da utilização da força de trabalho em saúde, cujo precário equilíbrio parece cada vez mais comprometido num contexto de crise financeira e de reestruturação da oferta em que se intensifica um êxodo preocupante.

Conclusões

Portugal, como a maioria dos países de alta renda, e muito especialmente os do continente Europeu, debate-se com profundas alterações demográficas, resultantes do aumento da esperança média de vida, que contribuem, elas próprias, para transições epidemiológicas, com as suas conhecidas características de substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis, de deslocação da carga de morbilidade e mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e de transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbilidade é dominante. Ora, as alterações demográficas e as transições epidemiológicas vieram despoletar um conjunto de novas necessidades de saúde. Porém, os modelos de organização tradicionais da atividade assistencial não têm conseguido satisfazer as necessidades emergentes, sendo preciso acautelar, entre outros aspetos, uma reorganização da força de trabalho em saúde que permita respostas que equilibrem um cenário de aumento da procura e de restrição da oferta.

A crise financeira mundial e os seus efeitos recessivos no crescimento económico, particularmente sentidos na zona euro e em Portugal, vieram agudizar este problema, pressionando o sector da saúde para encontrar respostas mais custo-efetivas na utilização de orçamentos em queda.

Considerando que as políticas de recursos humanos devem posicionar as questões relativas aos profissionais de saúde no quadro da estratégia global de saúde do país e fundamentar-se nos objetivos em saúde e em serviços, é este o contexto em que, no nosso país, surge o problema da necessidade de encontrar uma combinação mais eficiente das profissões médica e de enfermagem.

Efetivamente, no curto e médio prazo, o sistema de saúde português continuará a confrontar-se com desequilíbrios entre oferta e procura de profissionais médicos e assimetrias geográficas na respetiva distribuição, que, provavelmente, irão aumentar em resultado da crise financeira em que o país se encontra mergulhado, com todas as suas repercussões em termos de equidade no acesso. O sistema de saúde português continuará também a debater-se com um baixo reconhecimento social da profissão de enfermagem – de que a precariedade laboral, o nível salarial e a emigração são apenas sintomas que se vêm intensificando – que constitui uma barreira a práticas de enfermagem mais diferenciadas.

Verificou-se que no ordenamento jurídico português não há uma definição de ato médico, mas existe uma reserva de exercício sobre os atos de diagnóstico médico, de prescrição terapêutica e de gestão autónoma do doente. Constatou-se também que outros atos funcionalmente considerados como da profissão médica podem ser delegados e que muitos outros são considerados exclusivos da profissão médica apenas por força das normas da prática instituída.

A investigação realizada evidenciou, por um lado, que a combinação ineficiente das profissões médica e de enfermagem constitui um problema para o sistema de saúde português que, apesar de apenas recentemente inscrito na agenda política, vem conquistando as atenções de um número crescente de parceiros sociais, e, por outro, que apenas a intenção de atribuir aos enfermeiros funções indelegáveis exigirá prévias

alterações normativas, havendo ainda um vasto âmbito de intervenção suscetível de ser previamente aproveitado. Assim, mesmo que prescindindo da discussão sobre os atos sob reserva médica à luz da evolução científica da profissão de enfermagem, é possível concluir que, vencida alguma inércia sistémica, existe espaço normativo para uma utilização mais efetiva das competências dos enfermeiros, suscetível de contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde português. A exequibilidade legal da mudança não deve fazer perder de vista que o sucesso de uma opção política depende, nomeadamente, do consenso social que reúne⁴⁹, e que, em Portugal, alguns parceiros manifestam reserva quanto à expansão do campo de atuação da profissão de enfermagem.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Health systems: Improving performance: The World Health Report 2000. [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [Consultado 20 Nov 2011]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
2. World Health Organization. Human resources for health in Europe. [Internet]. Copenhagen: WHO; 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series). [Consultado 20 Nov 2011]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E887923.pdf
3. Buchan J, Ball J, O' May F. Determining skill mix: Practical guidelines for managers and health professionals. [Internet]. Copenhagen: WHO; 2000 (Discussion Paper;3) [consultado 20 Nov 2011]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/documents/en/skill_mix.pdf
4. Buchan J, Ball J, O' May F. If changing skill mix is the answer, what is the question? *J Health Serv Res Policy*. 2001;6: 233-8.
5. Buchan J, dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: Reviewing the evidence. *Bull World Health Organ*. 2002;80:575-80.
6. World Health Organization. Task shifting: Rational distribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines. [Internet]. Copenhagen: WHO; 2008 [Consultado 20 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>
7. Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles. [Internet]. Copenhagen: OECD; 2004 (OECD Health Working Papers; 17). [Consultado 7 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/33857785.pdf>
8. Altersved E, Zetterlund L, Lindblad U, Fagerström L. Advanced practice nurses: A new resource for Swedish primary health-care teams. *Int J Nurs Pract*. 2011;17:174-80.
9. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2011;11:27 [Internet]. [Consultado 20 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/27>.
10. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy*. 2004: 28-38.

11. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. [Internet]. Paris: OECD; 2010. (OECD Health Working Papers; 54). [Consultado 7 Jan 2012]. Disponível em: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp(2010)5&doclanguage=en)
12. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a glance: Europe 2012. [Internet]. Paris: OECD; 2012. (OECD Indicators). [Consultado 11 Nov 2012]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
13. Dussault G, Fronteira I. **Recursos Humanos para a Saúde (RHS). Plano integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal)** [Internet]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2010 [Consultado 7 Jan 2012] Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/RHS-PT.pdf>.
14. World Health Organization. Regional Office for Europe. Portugal health system performance assessment. [Internet]. WHO: Copenhagen; 2010 [Consultado 24 Jan 2012] Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf.
15. Barros PP, Machado SR, Simões JA. **Portugal health system review. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. (Health Systems in Transition). 2011;13(4).**
16. Barros PP. Substitution at the margin: Physicians vs nurses [Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2011 [Consultado 24 Jan 2012] Disponível em: <http://momentoseconomicos.wordpress.com/arquivo>.
17. Entidade Reguladora da Saúde. **Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde.** [Internet]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2011 [Consultado 28 Jan 2012] Disponível em: http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade.do.SNS.pdf.
18. Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. **Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar: os cidadãos no centro do sistema: os profissionais no centro da mudança.** [Internet] Lisboa: Ministério da Saúde; 2011. [Consultado 28 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH.Nov2011.pdf>
19. Sibbald B, Halliwell S, Rose S. **A bibliography of skill mix in primary care: The sequel.** [Internet]. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre; 2011. [Consultado 28 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/Publications/SKILL2.pdf>
20. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: A critical component in health policies. [Internet]. Human Resources for Health. 2003; 1: 1. [Consultado 28 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
21. **Abbott A. The system of professions: An essay on the division of expert labour.** Chicago: University of Chicago Press; 1988.
22. **Bailey KD. Methods of social research. 4th edition** New York: The Free Press; 1994.
23. **Bardin L. Análise de conteúdo, 70, 4^a ed.** Lisboa: Edições; 2009.
24. **Moreira V. Auto-regulação profissional e administração pública.** Coimbra: Livraria Almedina; 1997.
25. Lei n.º 111/2009. D.R. 180. Série I. (2009-09-16) 6528-6550. **Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.**
26. Regulamento n.º 14/2009. D.R. 8. Série II. (2009-01-13) 1355-1369. **Aprova o Código Deontológico da Ordem dos Médicos.**
27. Decreto-Lei n.º 161/96. D.R. 205. Série I-A. (1996-09-04) 2959-2962. **Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.**
28. Lei n.º 9/2009. D.R. 44. Série I. (2009-03-04) 1466-1530. **Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas.**
29. Lei n.º 59/2007. D.R. 170. Série I. (2007-09-04) 6181-6258. **Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro.**
30. Lei n.º 48/90. D.R. 195. Série I. (1990-08-24) 3452-3459. **Lei de Bases da Saúde.**
31. Ministério da Saúde. **Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros sob o N.º 398/98, de 29 de Julho de 1999.** Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros; 1999. (Documento não publicado).
32. **Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural.** Comunicado público da convenção dos parceiros da área da Saúde Natural. Lisboa: Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural; 1999. (Documento não publicado).
33. **Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros. Projecto de Decreto-Lei relativo ao acto médico: parecer da Ordem dos Enfermeiros 98/11/05.** Lisboa: Comissão Instaladora da Ordem dos Enfermeiros; 1998. (Documento não publicado).
34. **Presidente da República. Comunicação ao Governos sobre o sentido da não promulgação do Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros sob o N.º 398/98/MS.** Lisboa: Presidência da República; 1998. (Documento não publicado).
35. **Ordem dos Médicos, Conselho Nacional Executivo.** Comunicado sobre a não promulgação do Decreto-Lei do Acto Médico. Lisboa: Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos; 1999. (Documento não publicado).
36. **Grupo Parlamentar Social-Democrata. Projecto de Lei n.º 91/VIII 2000.** Lisboa: Assembleia da República; 1999. (Documento não publicado).
37. **Costa JF. Em redor da noção de acto médico. Revista de Legislação e Jurisprudência. 2009;138:126-37.**
38. **Ordem dos Médicos Actualidade: riscos do task shifting. Revista da Ordem dos Médicos. 2013;142:40-1.**
39. **OCDE. Portugal. Reforming the State to promote growth.** Paris: OECD; 2013 [Internet]. [Consultado 15 Mai 2013]. Disponível em: www.oecd.org/economy/PortugalReformingtheState.
40. **Paiva e Silva A. Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir: revista bimestral de enfermagem e de informação geral. 2007;55:11-20.**
41. **Jornal Expresso. Ordem dos Médicos contra ascensão dos enfermeiros. (24 de Maio de 2012).** [Internet]. [Consultado em 10 de Outubro de 2013]. Disponível em: expresso.sapo.pt/ordem-dos-medicos-contra-ascensao-dos-enfermeiros=f728388.
42. **Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos.** Comunicado de 1 de Março de 2013. [Internet]. Lisboa: Portal Oficial da Ordem dos Médicos; 2013. [Consultado em 10 de Outubro de 2013]. Disponível em: www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=85690f81aad1749175c187784afc9ee
43. **Ley 28/2009. Boletín Oficial del Estado. 315. (2009-12-31) 112036.** [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2009. [Consultado 28 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/31/pdfs/BOE-A-2009-21161.pdf>
44. **Carr-Saunders AM, Wilson PA. The professions.** London: Clarendon Press; 1933.

45. Hughes EC. Men and their work. 2nd edition Westport: Connecticut: Greenwood Press; 1981.
46. Gyaramati GK. The doctrine of the profession: Basis of power structure. *Int Soc Sci J.* 1975;27:629-54.
47. Freidson E. The division of labour as social interaction. *Soc Probl.* 1976;23:204-313.
48. Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. Nurses in advanced roles: A review of acceptability in Portugal. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21:38-46.
49. Kingdon J. Agendas alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown and Company; 1984.

2.3. Estudo III

Temido M, Dussault G. *How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England.* Health Policy. 2014.



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: Lessons from England

Marta Temido^{*,1}, Gilles Dussault¹

Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal

ARTICLE INFO

Article history:

Received 18 July 2014
Received in revised form
28 November 2014
Accepted 1 December 2014

Keywords:

Policy analysis
Lesson-drawing
Expanding nurses' roles
England
Portugal

ABSTRACT

Introduction: The composition of the Portuguese health workforce suggests an inefficient combination of nurses and physicians. Evidence indicates that, under specific circumstances, nurses can provide equivalent care to that delivered by physicians. England has a broader experience in developing policy-led initiatives in this field from which Portugal can learn. The study explores this issue, aiming to assist in informing policy formulation. **Methods:** The study analysed English policies which led to the enhancement of nurses' roles between 2000 and 2010. A literature review and interviews with selected informants were carried out. **Results:** In 2000, the British government adopted a new policy for the health sector. A “working differently” strategy was subsequently developed. An increase in demand as well as the failure to improve access, efficiency and quality of service were the drivers for change. The strategy was fostered by the idea of building roles around patients and several tools were developed in order to trigger change, in which different stakeholders performed a central role. In spite of the registered progress, by the end of 2010, some issues remained unresolved, namely the lack of a specific framework to regulate nurses' expanded functions. **Conclusion:** This study provides Portuguese policy-makers with useful knowledge for defining a strategy to expand nurses' scope of practice, by proposing a general framework of key aspects to be taken into account.

© 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Abbreviations: DoH, Department of Health; NHS, National Health Service; NMC, Nursing and Midwifery Council; RCN, Royal College of Nursing; UK, United Kingdom.

* Corresponding author. Tel.: +351 925893449; fax: +351 231419219.
E-mail addresses: martatemido@gmail.com (M. Temido),
gillesdussault@ihmt.unl.pt (G. Dussault).

¹ These authors contributed equally to this work.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.005>
0168-8510/© 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Background

1.1. Introduction

This study looks at how lessons can be drawn from the process of improving the efficiency of the skill mix of the healthcare workforce in one country to inform policy development in another one. Portugal's healthcare system has access, efficiency and quality problems, which may be attributed, at least in part, to an inefficient utilisation of the nursing and medical workforce [1]. Inspired by theories of policy learning [2], particularly on lesson-drawing [3],

we reviewed England's policy initiatives to expand nurses' clinical roles with a view of improving the performance of the health services, as an example which could be followed in policy establishing in Portugal.

The lesson-drawing assumes that most problems are not unique and that, up to a point, policymakers can learn from their counterpart's experiences [3]. But lesson-drawing is not about transferring solutions that proved effective elsewhere; it is about looking at a prospective judgement of contextual circumstances that will shape the adoption of a more or less similar solution, depending on technical feasibility and political desirability [3]. Lesson-drawing does not automatically lead to successful outcomes; differences between the economic, social and political contexts can explain failure [4]. When learning from other countries' experience, policy makers can use a framework of questions such as: why transfer? Who is involved in the transfer? What is being transferred? From where? [4]; in this study we have specially focussed on what restricts and facilitates this process of lesson-drawing.

The main objectives of this paper are: (i) to describe why and how England's policy initiatives to expand nurses' clinical roles were implemented over the 10 year period after the launch of *The NHS Plan* of 2000; (ii) to identify and discuss the drivers and levers for change; (iii) to identify and assess the constraints and facilitators that such policy initiatives would face in the Portuguese health care system and political context.

The paper is organised in five major sections. Section 1 introduces the study, sets out the profile of the Portuguese health workforce and justifies the choice of the English policies to expand nurses' roles for lesson-drawing. Methodological options are explained in Section 2. The main findings of the study are presented in Section 3, covering the case study of the policies towards expanding nurses' scope of practice and the assessment of the Portuguese contextual factors that would hinder or facilitate the lessons that could be drawn from England. In Section 4, the technical feasibility and political desirability of expanding nurses' scope of practice in Portugal are discussed; strengths and limitations of the study are also considered at this point. The final section summarises research findings.

1.2. The health workforce in Portugal

Like other public health care systems in the European Union, the Portuguese one has growing difficulties in responding to the pressure of increased demand and to the need to control costs in a context of a severe economic crisis, which is affecting a population with the highest proportion of people living in absolute poverty among the EU15 [5]. Recent reforms focused on financing, namely reducing public expenditures and increasing private ones, with little attention given to the health workforce dimension of the provision of services, in spite of numerous recommendations to do so [1,6–8].

The Ministry of Health is the major employer of the Portuguese healthcare system, accounting for 126,604 workers in 2012 (31.2% being nurses and 19.3% physicians),

the majority of whom were women (76.6%), working under a civil service regime (65.5%), with a mean age of 42.4 (22.6% of nurses are aged between 30 and 34 and 19.7% of physicians between 55 and 59 years old) [9]. Human resources represent the most important expenditure of the public healthcare system (almost 50% of the NHS expenditure) [5,9]. Under the recent debt restructuring process, which required external intervention (May 2011–June 2014), Portugal was forced to decrease labour costs as part of bailout conditions; reducing salaries and freezing the new intakes were the main strategies.

In terms of broad indicators of the availability of health workers, in 2011, Portugal reported a ratio of 6.1 nurses per 1000 population, which is lower than the OECD average (8.8), and a ratio of 4.0 physicians per 1000 population, slightly above the average of the same countries (3.2) [10]. However, these figures must be cautiously interpreted. They may represent an overestimation of active professionals as councils are the primary source of information and they include all registered professionals. In addition, these figures say nothing about the geographical and sectorial imbalances in the distribution of the workforce; in 2012, the more rural and deprived region of the country had 1.65 physicians per 1000 inhabitants, while the more affluent one had 6.36 [11]. In the same year, 79% of the public health workforce was allocated to hospitals and 21% to primary care; in 2013, more than 10% of the population did not have access to a family doctor [9,12].

An analysis of the composition of the Portuguese health workforce suggests an inefficient combination of resources, namely of nurses and physicians [1,13], e.g. a 1.5 nurses/physicians ratio (1.2 in primary health care) [14] vs. an average of 2.8 in OECD countries in 2011 [10]. In addition, the scope of practice of nurses is narrower than in many other European countries, even though research shows legal room for a more effective use of nurses' skills [15]. The issue for the expansion of nurses' roles [16–18] has only very recently emerged on the national political agenda [1,13,19,20], mainly as a key part of the strategy for improving performance of the health sector [21–23]. International experiences support this option; yet they indicate that its financial implications are barely compatible with an initially reducing costs perspective [24]. Indeed, the literature on changes in the skill mix of nurses and physicians suggests that, under specific conditions, nurses can safely deliver services currently provided exclusively by physicians, though the results of this option, in terms of costs, are still quite unclear [16,18]. In spite of evidence showing that an optimal workforce skill mix can contribute to improve the efficiency of health care service delivery [24], in Portugal the minimal consensus needed to make change possible has yet to be built [25]. Portugal can learn from initiatives deployed in other countries, analysing how policies were adopted to lever change by dealing with constraints and endorsing facilitators.

1.3. The reasons for choosing England for lesson drawing

The development of advanced practice nursing in the United Kingdom has been described as an example suitable “to highlight considerations that may be applied to scale up

similar initiatives in other European health systems” (p. 13) [24].

In *The NHS Plan* of 2000 [26] the government launched an agenda to reform the National Health Service (NHS), in which “new working practices” and making the “maximum use of the talents” of the existing workforce were major building blocks. In subsequent years, many reports implemented this strategy and a decade later, the Department of Health (DoH) adopted a definition for advanced level nursing [27].

There are obvious differences between Portugal and England in terms of population, income levels or constitutional regimes, but there are similarities in how their healthcare systems are organised around a public national health service, which provides a comprehensive range of care to the entire population, largely free at the point of service [20,28]. This is not a surprise, since the Portuguese “Serviço Nacional de Saúde”, created in 1979, claims to be modelled on the British NHS and its founding values. This fact also justified our choice of England as a possible source of policy learning for Portugal, in a process of lesson-drawing, as often policy-makers use the English NHS as a reference when discussing possible reforms in the health sector.

2. Materials and methods

The research was developed following a single case study methodology, as our aim was to obtain an in-depth understanding (a descriptive and explanatory comprehension) of the English policies for expanding the nurses' scope of practice, set in their context (relevance of the circumstantial conditions to the phenomenon under study) [29]. Time, e.g. the 10-year period after *The NHS Plan* of 2000, and type of actions, e.g. the policies commissioned by the national health officials, were used as criteria for defining the boundaries of the case [30]. The case study was supported by a literature review and semi-structured interviews.

We first identified and analysed English policies leading to the enhancement of nurses' roles between 2000 and 2010, on the basis of a review of published and grey literature, in the latter case using the websites of the NHS, the DoH, the Nursing and Midwifery Council (NMC) and of the Royal College of Nursing (RCN). Documents were selected according to the following inclusion criteria: reference to “human resources/health workforce/nursing/nurse practitioner/nurses in advanced roles”, focus on the analysis of the expansion of the scope of practice of nursing and publication between 2000 and 2010 by organisations with competence in the definition of health policies.

We were then able to identify the main milestones of advanced level practice development policies. We examined them using qualitative analysis of the contents based on a matrix of five pre-defined interconnected themes [31]: background, e.g., health needs and service needs; ideas, e.g., new concepts; institutional actors, e.g., stakeholders involved in the process; political tools, e.g., legal changes and new remuneration mechanisms used as levers; and constraints, e.g., unresolved problems.

In order to achieve triangulation among data sources, semi-structured telephone interviews [32–34] were conducted. The sources were key policy makers and researchers who had been closely involved in the process; they were identified through a snowballing process [32]. We first contacted the key policy officials that authored the milestone documents of the reform. Between December 2013 and January 2014, we interviewed four key informants: two were top officials who led the reform at the NHS and the DoH level, one was a member of the RCN and the other a policy researcher on workforce strategy and planning in the health sector. The framework of the semi-structured questionnaire was developed from information in the literature review and it encompassed the main drivers, components and limitations of the strategy of scaling up nursing roles. Interviews by Skype were recorded; they were fully transcribed and reviewed; the content analysis was achieved through manually coding [30] and used the same topic matrix as for the analysis of secondary sources.

Finally, the study explored the feasibility of introducing a policy for expanding nurses' scope of practice in Portugal, highlighting factors that would either hinder or facilitate such a development, regardless of lessons learned from the English experience. Based on the findings of a previous research about the social acceptability of introducing nurses in advanced roles in Portugal [25], country contextual circumstances were mapped against case study findings to predict whether a policy of expanding nurses' scope of practice would be effective if transferred to Portugal [3,4].

3. Findings

3.1. Findings from the literature review

First, we outlined the current profile of the nursing profession in England. Search criteria allowed the identification of 20 policy documents which, step by step, led to the recognition of advanced nursing over the 10 year period. Table 1 lists these documents. Cross reference and key informants' suggestions resulted in the subsequent addition of other six documents [35–40].

3.1.1. Profile of the nursing profession in England

In England, the nursing profession comprises two levels of practice: nursing strictly speaking and the advanced level practice, which includes nurse practitioners, clinical nurse specialists, nurse consultants and matrons (Table 2). Advanced level nursing is a level of practice primarily geared towards the direct provision of care and may also include teaching, research and management. It is characterised by autonomy and includes the authority to perform diagnoses, to prescribe and interpret tests, to provide treatment and care, to admit and discharge patients, to refer patients to other professionals or levels of care, to conduct screenings and to provide support to people with chronic diseases. Advanced level nursing is not framed within a compulsory formal education programme, nor is it subject to a specific professional licencing. Nevertheless, a survey conducted showed that, in 2006, 74% of nurses practising

Table 1

Expanding nurses' scope of practice in England: policy documents and studies leading to the recognition of advanced nursing (2000–2010).

**The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform. NHS. July 2000
Changing Workforce Programme. DoH. February 2001**

This initiative, aimed at identifying successful experiments in professional role redesigning used two instruments: the Toolkit for Local Change (standard method for addressing the redistribution of professional roles, based on workshops, exercises and activities) and the Role Redesign Database (database with information on best practice examples). The specific goals of the Changing Workforce Programme were to improve the care provided, optimise professional skills, minimise the impact of human resources shortages and increase job satisfaction. At the beginning of the programme, 13 pilot teams joined the initiative. In late 2003, the pilot teams had identified over 150 innovative roles, many of which potentially represented a level of practice consistent with advanced nursing. Subsequently, the Changing Workforce Programme developed the Working Differently Roles Database, which contained the details on the over 500 professional roles created or redesigned in the meantime. Later, the Accelerated Development Programmes offered support to the rapid introduction of new professional roles in areas with prior evidence of benefit. Another structural dimension of the Programme was the Skills Escalator (a professional development policy based on the continuous expansion of more differentiated responsibilities).

Investment and reform for NHS staff – taking forward The NHS Plan. DoH. February 2001

The document emphasised the need to structure services around the necessities and preferences of patients, thus reinforcing the importance of setting new work protocols and supporting: (i) the development of new jobs as a result of innovative role combinations; (ii) the expansion of the fields of practice and acceptance of new responsibilities beyond traditional boundaries; (iii) the evolution of professions, such as nursing, by assigning more clinical roles and creating new career opportunities; (iv) the replacement of the approach based on which roles should be played by whom within a profession, applying an approach based on who is most suited for a specific job.

Working together – learning together. A framework for lifelong learning for the NHS. DoH. November 2001

Working together – learning together presented lifelong learning as one of the pillars of the government's vision for creating a workforce with the necessary skills for a flexible organisation and focused on patients' care needs.

Securing our future health: taking a long term view. Wanless D. April 2002

The Wanless report stressed the need for changes in the combination of professional roles. In its "new vision for the future", nurses with more comprehensive skills would take on key responsibilities in first contact routines. The report estimated that, despite the increase in the number of physicians assumed by The NHS Plan, the impact of the European Working Time Directive would maintain the imbalance between demand and supply of medical resources. It also projected that, upon reaching the average delay estimated by the National Beds Inquiry for scheduled admissions, there would be no shortage of nurses. Thus, based on the evidence collected, which shows that 20% of medical work currently undertaken by general practitioners and junior doctors could be carried out by nurse practitioners, without any loss in quality or safety, an adjustment in the skill mix between these two professions was recommended. Finally, the report proposed an increase in the number of nursing staff, considering that the time taken by nurse practitioners to perform the same tasks as physicians was longer, and an increase in the number of healthcare assistants to assume some of the tasks previously assigned to nurses.

Delivering The NHS Plan – next steps on investment, next steps on reform. NHS. April 2002

The document reaffirmed that flexible boundaries between professional groups would improve the care provided. It suggested that this could be achieved by the modernisation of compensatory mechanisms, via the Agenda for Change, and by continuous professional development, through the NHS University. It also anticipated the predictable impact of changes in the remuneration system of general practitioners, encouraging the transference of part of their workload to other health professionals, namely nurses.

HR in The NHS Plan. More staff working differently. NHS. July 2002

Complementing The NHS Plan, this document set out a comprehensive strategy for growth and for the development of human resources. It was based on the identification of patients' care needs and the necessary skills to provide an adequate response. "We need to build jobs round patients, rather than round professions" (p. 7) was the key message.

Liberating the talents. Helping primary care trusts and nurses to deliver The NHS Plan. DoH. November 2002

The document aimed at supporting primary care units in the implementation of the strategy for a more efficient use of the expertise of the nursing profession. It emphasised that the 10 clinical roles to be assigned to the nursing profession, as identified in 1999 by the Chief Nursing Officer, remained necessary and particularly relevant in the context of the preparation of a new contractual model for general practitioners. This model stressed the need of a flexible team approach to meet patients' needs, as well as opportunities for assigning more clinical roles to nurses, releasing doctors for more qualified tasks, allowing them the chance to become equal members of the practice team holding the contract. In order to implement the changes, liberating the talents proposed a framework centred on three ideas: innovatively plan the supply, based on care needs, on the necessary skills to meet such needs and on consumers' preferences; develop clinical roles, while valuing the intervention of general health professions, review the combination of roles and the integration of care and ensure the best care possible, by improving working conditions, greater professional autonomy and effective leadership. These ideas would allow nurses working in primary care to develop three core roles: "(1) first contact, acute assessment, diagnosis, care treatment and referral; (2) continuing care, rehabilitation, chronic disease, management and delivering of National Service Frameworks; (3) Public health, protection and promotion programmes that improve health and reduce inequalities" (p. 8).

Delivering the HR in The NHS Plan 2003. DoH. June 2003

This was the first annual report on the progress of the implementation of HR in the NHS Plan. The report sought to assess the progress made towards the working differently goal. The analysis showed that, within the Modernisation Agency, the New Ways of Working team had consistently implemented the Changing Workforce Programme. The analysis allowed for the realignment of the goal for the immediate future: to establish a culture of continuous assessment of the workforce organisation within the NHS, based on the willingness to make radical changes whenever there is evidence of gains in terms of patients' access to healthcare and satisfaction of practitioners.

Freedom to practice: dispelling the myths. DoH, RCN. November 2003

Focused on the patient's journey in urgent and emergency care, the document intended to clarify which activities the different professional groups were allowed to perform within the limits of their scope of practice. In order to improve the patient's experience in the NHS, myths such as "nurses are not allowed to develop an initial clinical management plan or complete certain treatments", "nurses are not allowed to refer patients for tests and investigations and to interpret its results", "nurses are not allowed to prescribe medication" and "nurses are not allowed to admit, refer, transfer or discharge patients", should be removed. Education, training and clinical governance were identified as critical factors for the intended change.

Securing good health for the whole population. Final Report. Wanless D. February 2004

This update of the Wanless report focused on the development of a public health strategy aimed at reducing the negative impact of socio-economic gradients. The document underlined the importance of initiatives to review the available skill mix in the healthcare workforce and pointed out the importance of competencies related to the identification of risk factors, monitoring, data interpretation and education for healthy lifestyles.

Table 1
(Continued)**Delivering the HR in The NHS Plan 2004. DoH. May 2004**

This was a new annual report on the progress of the implementation of HR in the NHS Plan. It described the development of new ways of working in the NHS and the enhancement of the flexibility that allowed replacing rigid professional boundaries with teamwork focused on patients' needs. The document defined and scheduled a set of goals. One of them was associated with the implementation of the General Medical Services Contracts (new models for service contracting in primary healthcare). By awarding incentives to family practices to recruit more human resources and to modernise professional careers, the General Medical Services Contracts redistributed the work among providers and developed the role of nurses as primary contact. This allowed medical staff to be free for more specialised care and helped to achieve several targets set by The NHS Plan (e.g., ensuring that any patient would be seen by a physician in less than 2 days and by a health professional in less than 1 day).

Agenda for Change Project Team: Agenda for Change. Final Agreement. DoH. December 2004

After 5 years of negotiations involving multiple partners, England implemented the Agenda for Change, a new compensation system for health professionals, which left out physicians, dentists and senior managers. Its goals were: to encourage professionals to provide better care, by working innovatively and breaking barriers; to compensate the work carried out in a fair and equitable manner, basing career progression on responsibilities, competencies and performance; simplifying and modernising working conditions, establishing basic requirements nation-wide and promoting local flexibility. The Agenda for Change also sought to respond to the perception that health professionals were paid unfairly. Each public sector institution was required to analyse its job descriptions and match them to the national job profiles designed for the NHS, a scheme that would then correspond to a single pay scale with 9 remuneration ranges (each range with a lower and upper limit and various positions based on a score system) and various incentives for working in specific geographic areas (e.g., deprived zones or cities with high cost of living). The Agenda for Change defined a unique grading system where health professionals were grouped according to their level of qualifications and experience. This model of professional responsibilities and remuneration described in the NHS Job Evaluation Handbook is periodically updated.

Nurse Practitioners 2006. The results of a survey of nurse practitioners conducted on behalf of the RCN Nurse Practitioner Association. RCN. July 2006

This survey was conducted among nurse practitioners in the UK with the aim of defining the profile of the members of the Nurse Practitioner Association. Many respondents considered the lack of knowledge of the actual role of nurse practitioners to be the biggest obstacle to their performance. Regulation by the RCN was reported as a contribution towards a better understanding of the role of nurse practitioners and of advanced level practices (one in three respondents reported this was a matter requiring the attention of the College). The survey highlighted that the number of respondents admitted as nurse practitioners grew continuously between 1990 and 2004, but dropped in 2005–2006.

Modernising nursing careers: setting the direction. Department of Health, Social Services and Public Safety, Scottish Executive, Welsh Assembly Government. DoH. September 2006

The document summarised the proposals of the UK Chief Nursing Officers for a strategy to modernise nursing careers. It emphasised that nurses were increasingly taking on new roles, crossing professional boundaries and developing new models of care so as to meet the needs of patients; it stressed that surveys of consumer preferences revealed that they expected more choice of services, more outpatient and closer to home care, more personal responsibility and self-care and better care for long term conditions. The document advocated a strategy of: (1) developing a competent and flexible nursing workforce; (2) updating career pathways and career choices; (3) preparing nurses to lead in a changed healthcare system; and (4) modernising the image of nursing and nursing careers.

Trust, Assurance and Safety – The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. Secretary of State for Health. February 2007

Following the Shipman Inquiry and the Ayling, Neale e Kerr/Haslam Inquiries on misconduct by health professionals, this document recommended a reform of the health profession regulation system, based on proposals arising from the public consultation on The Regulation of Non-Medical Healthcare Professions. The proposals were as follows: to ensure greater independence for regulatory authorities against the risk of capture by professional interests and to establish revalidation mechanisms to ensure permanent professional competence. The White Paper also highlighted that "healthcare in the 21st century is usually dependent on the contribution of multi-professional teams" (p. 18) and that, within this context, the quality of care would not depend as much on individual skills but rather on the ability of the health professionals to work together.

Briefing on Advanced Clinical Education and Prospective Professional Regulation. The Association of Advanced Nursing Practice Educators. May 2008

The briefing highlighted the following persistent problems: the lack of a formal framework for advanced level practice; the absence of a national training strategy for advanced level practice; and, the lack of a regulatory framework to ensure the continuous updating of advanced level practice competences. The association took position in favour of a model of university clinical education (and corresponding professional regulation and registration of the title), based on a national competence framework for advanced level practice, in preference to a nationally standardised training curricula, an option considered insufficiently flexible to meet the needs of professionals, services and patients.

A high quality workforce. NHS next stage review. DoH. June 2008

The document advocated that the planning of the health workforce would be based on the needs of services and on care provision flows. It proposed a strategy for defining roles, training and development focused on quality, patient-orientation, flexibility-enhancement, people-value and promotion of continuous professional development. Regarding the application of these general principles to the nursing profession, the NHS Next Stage Review highlighted the need to reaffirm the role of nursing, by improving and measuring the quality of nursing care; modernising career and educational pathways for nurses; and, recruiting and retaining the best candidates into nursing.

Advanced Practice: report to the four UK Health Departments. Council for Healthcare Regulatory Excellence. July 2009

The report raised the issue of whether advanced practice would require a specific regulatory framework, arguing that advanced level practice was not unprotected, as most of it merely reflected the normal career development within the profession. Furthermore, the current framework of regulated professions already implied accountability for the practice before the regulatory bodies and the respective codes of conduct required duties to be performed only where professionals were fully prepared for a safe and effective practice. The report also argued that the responsibility for assigning new roles to meet the needs of the services should lie with employers and delegating professionals, as they would be responsible for ensuring a clinical governance culture sufficiently robust to cover all professional practices.

Advanced Level Nursing: a Position Statement. DoH. November 2010

<http://www.nhscareers.nhs.uk/>, <http://www.nmc-uk.org/>, <http://www.rcn.org.uk/>, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/78764/003183.pdf, <http://www.independentnurse.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/articlehtml>.

Table 2
Nursing profession profile in England (2012).**Professional demography**

- ✓ Nursing is the largest professional group (29% of 1.43 million workers)
- ✓ There was an average of 8.7 nurses per 1000 population in 2011
- ✓ There were 306,346 full time equivalent nurses registered in 2011 (+20% than in 2001)

Education and training

- ✓ There is autonomy of the higher education institution on setting the entry requirements for nursing courses
- ✓ The degree programmes take 3 years (50% theory and 50% practice) and begin with a 1 year Common Foundation Programme followed by a 2 year specific education in one of four branches
- ✓ The curricula respects the framework defined by the NMC
- ✓ The main areas of competence are professional values, communication and interpersonal skills, nursing practice, decision making and leadership, management and team working
- ✓ The advanced level nursing is not framed within a formal education programme (but only the education programmes that are certified by the NMC can be added to the professional register)

Access to the profession

- ✓ The register in the NMC is compulsory to work as a nurse
- ✓ The register depends on having a degree in nursing (till September 2013 only a diploma was required) granted by a higher education institution certified by the NMC
- ✓ The advanced level nursing does not correspond to a differentiated register

Branches and careers

- ✓ 4 branches: adult, children, learning disability, mental health
- ✓ 14 careers: health visiting, adult nursing, children's nursing, community matrons, district nursing, learning disabilities nursing, mental health nursing, NHS Direct, nurse consultant, occupational health nursing, practice nursing, prison nursing, school nursing, theatre nursing

Practice levels

- ✓ Two levels of practice (nursing, strictly speaking, and advanced level nursing which includes nurse practitioners, clinical nurse specialists, nurse consultants and matrons)
- ✓ Advanced level nursing: a level of practice (primarily geared towards the direct provision of care but which may also include teaching, research and management) which is characterised by autonomy and includes, among others, the authority to perform diagnoses, prescribe and interpret tests, provide treatment and care, admit and discharge patients, refer patients to other professionals or levels of care, conduct screenings and provide support to people living with chronic diseases
- ✓ The authority to prescribe medication does not correspond to a level of practice (the prescriptive authority is compulsory added to the professional register)

Remuneration

- ✓ The most part of the nurses work as salaried for NHS and are remunerated according to the Agenda for Change (payment model for all the NHS workers with nine pay bands, each of them with a lower and an upper bound)
- ✓ The minimum starting salary for a registered nurse is at band 5, corresponding to an annual salary between 24,299.07€ and 31,599.24€ (band 9 is only ascribed to a very strict number of nursing management roles and corresponds to a salary between 88,459.28€ and 111,870.08€)

Regulation

- ✓ The NMC is the regulator for nursing and midwifery and is directed by a Council of 12 members (appointed among the nurse and midwife professionals and the lay members and including one member from each of the four countries)
- ✓ Their competencies are: to set the terms of reference for the certification of courses of higher education institutions, to establish health and conduct standards for admission in nursing training, to organise the compulsory registration by adding specific competences obtained at post-graduate level and revalidating competences (a triennial process is required)
- ✓ The council has regulatory and disciplinary power over its members

Advanced nurse practitioners' profile

- ✓ Demography: a female workforce of experienced nurses is predominant
- ✓ Professional title: five commonly used advanced role titles were identified – nurse practitioner; clinical nurse specialist, nurse consultant, specialist nurse, and advanced nurse practitioner
- ✓ Education: more than 70% have a degree and 40% have progressed to a Masters level qualification. 76% have non-medical prescribing qualifications (+7% in training), the vast majority as independent/supplementary prescribers
- ✓ Work setting: predominantly, working in primary care and in hospital care
- ✓ Remuneration: 1/3 remunerated according to locally identified pay scales, 2/3 according to the Agenda for Change pay model

at this level had received specific training, and that 50% had extended nurse prescribing qualification. It also showed that most were working in primary healthcare (Table 2) [41].

3.1.2. Policies towards expanding nurses' scope of practice, 2000–2010

Policies aiming at the reorganisation of the healthcare workforce were the main drivers for the development of advanced nursing practices in England [16].

In 2000, the Labour government announced a new strategy for the health sector, *The NHS Plan* [26]. The 10-year

plan stated that the NHS was “a 1940 system operating in a 21st century world” (p. 10), particularly regarding professional boundaries, and considered that “(...) expanding the size of the workforce will not on its own be sufficient (...). Radical changes are needed in the way staff works (...). This is not a question of staff working harder. It is about working smarter to make maximum use of the talents of all the NHS workforce” (p. 82). *The NHS Plan* proposed the reduction of occupational barriers and the development of teamwork – in response to a need previously identified in *A Health Service of all the Talents* [39]. It guaranteed employers the support required to adapt

nursing skills for the performance of more comprehensive clinical tasks, such as making and receiving referrals, admitting and discharging patients, prescribing diagnostic tests and medicines, performing minor surgery and coordinating services – as proposed in *Making a Difference* [38].

Ten years after the publication of *The NHS Plan*, the DoH published *Advanced Level Nursing: a Position Statement* [27], which defined more concretely the term “advanced level practice”. It recognised two levels of practice: entry level, common to all registered nurses, and advanced nursing, for those who performed more complex tasks. Advanced practice referred to the direct provision of care and clinical work with patients, families and communities, without excluding other fields such as education, research and management, covering 28 elements, grouped in four core categories: “clinical/direct care practice, leadership and collaborative practice, improving quality and developing practice, developing self and others” (p. 5) [27].

Table 3 builds on the review of the contents of the 20 selected policy documents and summarises its main findings around research topics.

3.1.2.1. Background. The pressure of increased demand for healthcare, from an ageing population affected by multiple chronic conditions, and changes in patients’ preferences, such as shorter waiting times and access to proximity services, contributed to the definition of the expansion of nurses’ functions as a policy issue in England. The establishment of new types of services, such as NHS Direct, the looming shortage of physicians, amplified by the predicted impact of the European Working Time Directive, and the low attractiveness of the nursing profession, due to poor working conditions and career prospects, were other drivers for policy change in favour of expanding nurses’ role, as a strategy to improve the accessibility and efficiency of services.

3.1.2.2. Ideas. Several new concepts inspired the reorganisation of the workforce: (i) roles were to be based on competencies and on patients’ pathways, not on professional boundaries and titles; (ii) skills should be optimised through continuous professional development and quality of practice should be assured by revalidation mechanisms; (iii) flexible teamwork would be supported by improved clinical governance; (iv) job satisfaction would be stimulated by better career opportunities; (v) higher responsibilities and broader clinical roles would be rewarded through new remuneration mechanisms; (vi) performance and results would be monitored and assessed.

3.1.2.3. Institutional actors. Several institutional players took the initial lead of the process, specially the NHS Chief Executive (with the Chief Nursing Officer) and the DoH. They formulated the technical content of the policy, detailing policy goals and objectives, frameworking programmes of workforce redesign and defining required resources; they also advocated for considering the policy as necessary and important for the success of *The NHS Plan*. Later on, other players like the NHS Modernising Agency or the National Workforce Development Board made change possible by promoting initiatives of the healthcare local

teams and deflecting health professionals’ opposition to the strategy. The RCN and the NMC attended the process of developing nurses’ workforce but did not respond to the professional expectations of establishing a formal framework for education and practice of advanced level nursing; the Association of Advanced Nursing Practice Educators was an active voice in demanding the establishment of an unambiguous regulatory model. The British Medical Association and the British Medical Council were not enthusiastic with the proposed changes but they did not systematically oppose the assignment of greater clinical roles to nurses.

3.1.2.4. Political tools. The strategy relied on specific tools to achieve the objective of reorganising work around patient pathways. The *Changing Workforce Programme*, comprising instruments such as the *Toolkit for Local Change*, the *Role Redesign Database* and the *Accelerated Development Programmes*, was an example; others were the *Agenda for Change* and the *Skills Escalator*. By stimulating the redesigning of professional roles on a local basis by the teams providing the care, by establishing a remuneration policy that would reward the new responsibilities undertaken and by promoting a culture of skill development through life-long learning, each of these tools converged towards a more efficient, flexible and modern division of work.

3.1.2.5. Constraints. In spite of all these policy and organisational initiatives, the monitoring of their implementation showed that their objective was not yet achieved 10 years later: there is still no mandatory training for the new roles and no legal and regulatory framework; there are various teaching programmes providing different patterns of education and training; diverse job titles describing the same scope of practice coexist, as well as different pay rates and career structures for the same level of expertise and responsibility.

3.2. Findings from the semi-structured interviews

The analysis of the secondary sources was coupled with the examination of the key-informants perceptions’ gathered in the semi-structured interviews, using the same matrix of five interconnected themes.

3.2.1. Background

Interviewees stated that an increasing healthcare demand and the adoption of the *European Working Time Directive*, acted as catalysts for the expansion of the scope of practice of nurses. Other triggers were mentioned, such as: (a) the lessons from the United States on the utilisation of nurse practitioners and previous experiences in England; (b) the change of the pre-graduate nursing education model, which began in the late 1980s (from hospital-integrated nursing schools to universities), encouraging the profession to ask for more autonomy; (c) the movement towards non-medical prescribing and the legal changes introduced to allow it; (d) the decision to make nurses the first contact point in GP practices; (e) the government’s commitment to improve staff morale through better career opportunities; (f) the public disclosure of some cases of

Table 3

Document analysis: background, ideas, institutional actors, political tools and constraints.

Background (e.g., healthcare and service needs)

- ✓ Increased life expectancy at birth (75% people aged >85 in 2025 according to 2006 estimates)
- ✓ High prevalence of coronary disease, malignant neoplasms, renal disease, mental disease and diabetes (accountable for 16% of the health expense, 12% of the mortality and 40–70% of morbidity in 2002)
- ✓ Increased impact of chronic diseases (15 million people affected in 2006) and multi-chronic disease
- ✓ Higher mortality and morbidity rates among the poorest
- ✓ Obesity, tobacco consumption and other unhealthy lifestyles with negative effects on health
- ✓ Social modifications (e.g., an older society, a more complex society, a less productive society, a better informed society, a technologically skilled society)
- ✓ Traditional family model changes with growing number of mono parental families
- ✓ Empowered consumers and demanding citizens
- ✓ Shifts in the patients' preferences (e.g., freedom of choice, waiting times reduction, quality and safety of care, integrated care, nearest healthcare services, self-care)
- ✓ Generalisation of the use of IT revolutionising patterns of care
- ✓ Setting of new services (e.g., NHS Direct)
- ✓ Scarcity of physicians
- ✓ European Working Time Directive
- ✓ Old fashioned demarcations between staff
- ✓ Unattractiveness of the nursing profession
- ✓ Improving access to care
- ✓ Improving efficiency of the health system

Ideas (e.g., new concepts)

- ✓ Professions and the wider NHS workforce as one of the five challenges of the reforms' agenda
- ✓ Workforce reorganisation to answer to the needs of a NHS of the 21st century
- ✓ Radical changes in the way staff works
- ✓ Reducing boundaries between professional groups
- ✓ Emphasis on teamwork
- ✓ Flexible organisation of work
- ✓ Making the most of the existing talents
- ✓ Building jobs round patients rather than round professions (*competencies passports*)
- ✓ Lifelong learning as a key element in the organisational performance
- ✓ Changing pay and contracting models
- ✓ Modernising of regulatory frameworks
- ✓ Improving access to care through broadening nurses' clinical roles
- ✓ Education of nursing to autonomy and leadership
- ✓ Modernising of nursing portrait (campaign *What nurses can do these days*)
- ✓ Independent assessment of results

Institutional actors (e.g., entities implicated in the process)

- ✓ *Secretary of State for Health* (member of the Government who has overall responsibility for the NHS and for social care)
- ✓ *DoH* (ministerial department responsible for leading, shaping and funding health and care in England)
- ✓ *NHS Chief Executive* (unit of the DoH responsible for the NHS management and performance)
- ✓ *Chief Nursing Officer for England* (accountable to the NHS Chief Executive and responsible for the nurse management in all the NHS)
- ✓ *NHS Modernising Agency* (executive agency of the DoH, established in 2001, to support the British NHS in the task of modernising services and improving experiences and outcomes for patients, its functions were later incorporated in the *NHS Institute for Innovation and Improvement*)
- ✓ *NHS Employers* (representative body of all the NHS employers integrated in the NHS Confederation)
- ✓ *Workforce Development Confederations* (NHS body established by the DoH which brings together local NHS and non-NHS member employers to plan and develop the entire healthcare workforce in order to meet healthcare needs)
- ✓ *NMC* (nursing and midwifery regulator in the United Kingdom)
- ✓ *RCN* (trade union representing nurses and nursing)
- ✓ *Association of Advanced Nursing Practice Educators* (expert advisory group, established in 2005 and representing 43 UK universities, in consultation, professional advice, policy and regulatory development of advanced nurse practitioners)
- ✓ *Council for the Regulation of Healthcare Professionals* (health regulatory body set up in 2002 to oversee statutory bodies that regulate health and social care professionals, recently transformed in *Professional Standards Authority for Health and Social Care*)
- ✓ *Commission for Health Improvement* (non-departmental public body sponsored by the DoH of the UK from 2001 until 2004, when its functions were included in the *Healthcare Commission*)
- ✓ *National Workforce Development Board* (advisory board to consider the skills and competencies needed in the workforce to deliver person-centred services, encouraging innovations in various human resources fields such as recruitment and retention, pay, education and training, new roles or skill-mix)
- ✓ *Care Group Workforce Teams* (multi-disciplinary advisory bodies set up in 2001 to support the National Workforce Development Board in drawing up national workforce strategies for a particular client group or condition – e.g., general elective care, emergency care, cancer, children, maternity and gynaecology services, coronary heart disease, mental health – chaired by Czars and including key stakeholders in the membership)

Political tools (e.g., legal changings, programmes, etc., used as levers)

- ✓ *Primary Care Collaborative*, 2000 (multi-professional programme for the continuous improvement of the quality of services)
- ✓ *Coronary Heart Disease Collaborative*, 2000 (programme for the improvement of prevention, diagnosis and treatment of coronary heart disease based on the redesign of the patient pathway and on teamwork)
- ✓ *Changing Workforce Programme*, 2001 (role redesign initiative developed in 13 pilot sites under a specific methodology and later expanded by the *Accelerated Development Programme*)
- ✓ *Personal Development Plans* (tool for individual skills' development under a goal of Continuing Professional Development)
- ✓ *Emergency Services Collaborative*, 2002 (programme aiming at the reduction of the waiting times in primary care through the reorganisation of the workflows)

Table 3
(Continued)

- ✓ *National Health Service University*, 2003 (project based on the concept of corporate university, designed to develop the skills of NHS workers based on the identification of employee and employers' needs, and with strong use of e-learning)
- ✓ *Knowledge and Skills Framework*, 2004 (linkage framework between the competencies needed for a job and the level of the professional that fulfils the post connected with continuing professional development and pay progression)
- ✓ *NHSU First Contact Programme*, 2003 (post graduate training programme of care providers aiming at the development of skills for the first contact point in primary care)
- ✓ *Agenda for Change*, 2004 (remuneration policy based on responsibility and performance)
- ✓ *General Medical Services*, 2004 (change in the way basic services provided by general practitioner practices were funded, substituting payment for specific items of service provided for a model that combines capitation and pay-for-performance)
- ✓ *Nurse Prescribers' Extended Formulary*, 2001 (list of drugs that may be prescribed by nurses/midwives following the approval in specific training)
- ✓ *Patient Group Direction*, 2001 (drug protocols for homogenous groups of patients under previous medical authorisation and pharmaceutical validation)
- ✓ *Independent extended prescribing*, 2002/*Supplementary prescribing*, 2003 (legal changes that recognised nurses with the authority to prescribe/renew drug prescriptions)
- ✓ *Skills Escalator*, 2007 (professional progression policy based on the continuous development)

Constraints (e.g., unsolved problems)

- ✓ Lack of a legal and regulatory framework
- ✓ Different patterns of education
- ✓ Unclear definition of responsibilities
- ✓ Insufficient supervision
- ✓ Disproportionate nursing workloads
- ✓ Nursing burn-out

medical malpractice, deconstructing the image of infallibility of the profession; (g) the involvement of social partners in *The NHS Plan*, generating a favourable environment for the reorganisation of work, encouraged by the promise of increased funding; (h) the position of scepticism, but not of opposition, of the British Medical Association and of the General Medical Council on the attribution of additional clinical roles to nurses.

3.2.2. Ideas

Interviewees emphasised the importance of new objectives such as “working differently to improve care”, “making staff more effective” and “building smarter services”. The perception that nursing had become a professional career with different levels of experience and autonomy, from novice to expert, not a “vocation animated by altruism”, was also mentioned as a facilitator of the change.

3.2.3. Institutional actors

Interviewees referred to two players not identified in the documents reviewed: individual physicians involved in successful experiences of role redesign and medical professional associations, such as the British Medical Association, which did not formally object to the process, even though some members remained opposed to the expansion of nurses' roles (“They did not even like the title of nurse practitioners; they wanted to call them assistants”). One interviewee mentioned the role of healthcare organisations as major players, stimulated by the government's strategy of “support and encouragement of local innovation rather than on a top down programme.”

3.2.4. Political tools

Political tools considered important by interviewees were the *Changing Workforce Programme* [42] and the *Agenda for Change* [43], the legislation granting prescriptive authority to nurses following the *Crown Report* [37],

the specialist training programmes put in place, and, most importantly, the increase in the NHS funding. In one interviewee's perspective, *Project 2000* [36] defined “a positive direction in terms of being very clear that nurses were regulated professionals to quite a high degree of clinical practice and skills”.

3.2.5. Constraints

Interviewees identified the main constraints already found in policy documents: nursing staff work overload and burn out in the absence of assistants to undertake tasks previously performed by nurses; absence of a specific regulatory framework, generating education and training asymmetries, different use of job titles and blurred responsibilities among practitioners; and, lack of leadership in moving forward with advanced level nursing from a giving moment.

3.3. Lesson-drawing for Portugal

Portugal is challenged with healthcare needs similar to those which drove the advanced level nursing development in England: longer life expectancy with multiple chronic conditions and unhealthy lifestyles generate more service needs and demands [44]. Policy objectives, such as compliance with maximum waiting times [45] are also difficult to achieve under the current modalities of provision of services: in 2012, 30% of the hospital outpatient visits and 15% of surgeries did not meet the target waiting times [46]. The first study performed in the country using the *Ambulatory Care Sensitive Conditions* instrument showed that human and other resources were not used as efficiently as they could have been in areas such as diabetes, hypertension, cardiac insufficiency, cerebrovascular disease, asthma and chronic obstructive pulmonary disease [47].

Though the evaluation of the impact of various experiences of advanced practice nursing in England [48,49] reveals that this policy could be an effective option for some

of the policy key problems affecting the Portuguese health care system, this does not mean that it is sufficient for its adoption [4], as lesson-drawing “requires more than singling out examples of present success elsewhere” (p. 4) [3].

In Portugal, the feasibility of introducing a policy for expanding nurses’ scope of practice depends on a variety of contextual factors that can hinder or facilitate such a development:

- **Human resources for health policies have not reached the policy agenda as has happened in England.** A World Health Organisation evaluation of the 2004–2010 National Health Plan observed that “the problems pertaining to human resources for health reflect a relative lack of long-term policy and planning in the past” (p. 13) [1]. This has not changed in the 2012–2016 Plan [44], in spite of several recommendations of the Economic Adjustment Programme negotiated with the International Monetary Fund, The European Central Bank and the European Commission towards the reinforcement of the planning of health human resources and a more efficient utilisation of the nursing workforce [50].
- **The number of nurses per 1 000 inhabitants in Portugal (6.1) is lower than that of the UK (8.6) and of the OECD countries average (8.8) [10].** This is a barrier in the sense that expanding nurses’ functions is perceived by many of them as an additional weight on an already heavy workload. The National Health Plan for 2012–2016 set the target at 8.01 nurses per 1000 inhabitants in 2016 [44], which, if achieved and if additional nurses are absorbed by the labour market, would create better conditions for changes in the skill mix of the workforce. Currently, there is unemployment and emigration of nurses and there are no signs of this changing in the near future if macroeconomic policies remain the same.
- **The existing number of physicians in Portugal is above the OECD average (4.0 vs. 3.2) [10].** Physicians’ shortage was one of the leading drivers of the English policies for enhancing the nurses’ clinical roles, which is not the case in Portugal. On the contrary, the Medical Council and the Association of Medical Students have recently expressed concern with physicians’ unemployment and emigration. According to estimation models [51], an oversupply of physicians will occur in 2015 if there is no reduction in the number of university intakes. Even then, there are important imbalances in the geographic distribution of physicians and among primary and hospital services, which led to more than a million citizens without an assigned family doctor in 2013 [12].
- **The Portuguese Medical Council is a public opponent to the development of advanced level nursing [52],** particularly regarding prescribing medicines. Individual doctors, mostly in primary care, may be more open to innovation [25], but there is no strong movement yet to change the Council’s position, which is to not participate in discussions on this topic.
- **The Portuguese Nursing Council has not advocated a strategy of broadening nurses’ scope of practice until recently** and consensus has still to be strengthened within the profession itself, where some voices support

that the profession must evolve through the development of nursing care and not by the addition of clinical roles [53].

- **The fact that there is one level of training and one level of practice in Portugal [54]** is a facilitator of change which did not exist in England. Since 1981, there are six nursing specialties. By the end of 2013, almost 20% of nurses were registered as specialist. However, specialist nurses do not always practice to their level of competency, as positions to do so are not always available. The recognition of the role of Family Nurse is promoted by the Portuguese Nursing Council [55] and, in 2012, the Ministry of Health created a working group to study that proposal [56]. In August 2014 legal changes suggested that such recognition may be granted through pilot experiences under the supervision of the 5 Regional Health Authorities during the last 6 months of 2014 [57]; yet, what precisely will be the scope of practice of Family Nurses is still unknown.
- **The implementation of a policy for expanding nurse’s roles will face severe resource constraints in the current financial situation,** though the pressure of external lenders may create conditions for the review of skill mix as a cost-saving measure. The English workforce redesign programme was made possible by increasing funding, which is not currently seen as an option in Portugal, as changing the skills mix initially increases costs because of the need to retrain staff; cost savings only appear in the longer term [24], which does not correspond to the political timeframe.

4. Discussion

This study is based on a single case study, limiting the generalizability of its findings, which in any case was not the objective. The analysis of other countries’ experience in drawing lessons from England would be useful to prevent uninformed transferability [3,4].

The study design was built on a lesson-drawing approach and it might be affected by an inadequate consideration of contextual factors of the country from which lessons were drawn, e.g. its institutional and structural characteristics, its economic and political resources [58] or its path dependency [59] on past decisions. England’s political strategy of expanding nurses’ clinical roles was accompanied by decisions to scale-up the number of nursing professionals [26, 41] and to increase funding for education reform and remuneration [26, 36]. In Portugal, augmenting the public costs is not feasible in the present financial context. England’s strategy was based on previous research [60], suggesting a broader role for the nurse practitioners within the primary healthcare, and by advocacy documents, such as *Project 2000* [36], arguing for change in nurses’ education model. Portugal is still on the first stage of the process of assessing its workforce skill mix and the research and advocacy basis is still weak [25].

Despite these differences, the Portuguese “Serviço Nacional de Saúde” could take inspiration from the British NHS, a model that has always been perceived as an example in several domains.

- **Policy entrepreneurs:** the English strategy benefited from the action of credible policy entrepreneurs [61], that is of players who had a key role in linking the problem (need to improve access, quality and efficiency of care) to the solution (assigning more autonomy to the nursing profession) and in changing the direction of politics. They were governmental leaders, officials, clinicians and researchers. The feasibility of a policy of expanding nurses' scope of practice in Portugal would profit from the action of such actors, willing to invest time and prestige in advocating for such an innovation. Primary health care clinicians, overloaded with a growing demand for health care and strongly committed to teamwork [25], may play an important role in moving a new policy forward. Disseminating evidence from other countries' experiences can help to win credibility and obtain endorsement from policy entrepreneurs [40].
- **Strong leadership:** in England, policy change was led by the government and supported by important stakeholders. Research on the acceptability of introducing nursing advanced roles in Portugal showed that this type of leadership is not present [25]. A national level strategic leadership may be a key factor for deflating regulatory resistance. The external lenders' recommendations in favour of a more efficient skill mix, acting as an agent of coercive transfer of this policy option [4], may pressure the country to engage in an active search for a model suitable to its citizens' needs.
- **Local solutions and pilot experiences:** the English experience showed the importance of the involvement of local multidisciplinary teams in the process of moving from pilot sites to a broader coverage. Strong clinical governance and a supportive management were particularly important. This bottom-up methodology, supported by national leadership proved effective. Nothing prevents Portugal from doing the same, especially as current definitions of scopes of practice are vague enough to provide space for experiences in changing the division of tasks between nurses and physicians without having to change the law [15]. A recent Ministry of Health decision to introduce the role of Family Nurse in primary care and to conduct pilot experiences at regional level [57] creates a favourable environment for future change.
- **Levers for change:** in England, education programmes preparing nurses for broader clinical roles and for autonomous practice, payment models rewarding outcomes and performance and legal changes, enabling nurses to assume tasks that were under medical jurisdiction, were important policy levers from which Portugal could take inspiration. However, some issues deserve attention: the ambiguity, at ground level, about the scope of practice of doctors and nurses requires clarification, before defining the contents of expanded roles; and, the imbalance between nurses and physicians requires an increase of nursing availability, before encouraging nurses to accept new responsibilities.
- **Assessment of results:** continuous monitoring of the results of expanding nurses' scope of practice was encouraged all along the English strategy development. Building the case on sound information and evidence is critical for a successful policy as it keeps reform on track.

A strategy for Portugal should include the definition of a set of metrics to assess the quality, safety and effectiveness of nursing care and equip nurses with the clinical and managerial skills to measure performance.

- **Specific regulatory framework:** designing a strategy for the expansion of the scope of practice of nurses in Portugal should cautiously consider the issues of developing national educational standards, accrediting the new education programmes, certifying and re-certifying the professional competencies.
- **Finally, when drawing lessons from England, national policy makers should consider their goals.** External lenders' recommendations and government support for the Family Nurse specialty seem mainly justified by cost containment objectives. In England, this was not the case: the focus was more on improving access to services. Engaging in change with a different aim may lead to failure of a lesson-drawing process [4].

5. Conclusion

In this study we aimed at gathering knowledge from the England's experience of scaling up the nurses' roles in order to advise a similar type of policy in Portugal, as we assumed that an inefficient skill mix between nurses and doctors was responsible, at least in part, for the non-optimal performance of the Portuguese health care system.

Contextual constraints and facilitators for technical and political feasibility were assessed with the intention to prevent inappropriate transference [4]. We conclude that expanding nurses' scope of practice will face severe constraints in Portugal – e.g. lack of political attention to health workforce issues; the absence of a sense of urgency in engaging in change at policy-making level; the strong opposition of powerful stakeholders; the relative low availability of nurses compounded by unemployment and emigration. On the other hand, some facilitators exist, such as the pressure of external lenders, the favourable environment for teamwork in the primary health care units and the recent government commitment with the development of the Family Nurse role through pilot experiences until the end of 2014.

The study does not suggest that the English policy for expanding nurses' scope of practice should be copied in Portugal. It rather recognises that each country needs to find the policy solutions that better fit its own context and that lesson drawing only provides policy-makers with an explicit framework of questions that might be asked to inspire policy change. Scaling up nurses' roles could be an effective way of improving the performance of the “Serviço Nacional de Saúde” the sustainability of which is said to be at risk; a long term vision of the evolution of the healthcare system from the policy makers and a strong commitment from stakeholders are needed, as human resources for health strategy development requires more than a short time perspective.

Author contributions

MT conceived the study, performed the literature review, the interviews, as well as its content analysis, and

drafted the manuscript. GD took part in the study design, critically revised the research and coordinated the draft of the manuscript. Both authors read and approved the final manuscript.

Conflict of interest

The authors declare that they have no competing interests.

Acknowledgements

We thank the key informants and AP Portugal who provided the interviews transcription.

References

- [1] WHO Regional Office for Europe. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf [accessed 29.12.13].
- [2] Fischer F, Miller GJ, Sidney MS. *Handbook of public policy analysis. Theory, politics and methods*. New York: CRC Press; 2007.
- [3] Rose R. What is lesson-drawing? *Journal of Public Policy* 1991;11:3–30.
- [4] Dolowitz DP, Marsh D. Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance* 2000;13:5–25.
- [5] The Gulbenkian Platform. Health in Portugal a challenge for the future. Background paper. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2013. http://www.gulbenkian.pt/imagens/mediaRep/institucional/FTP_files/pdfs/GulbenkianPlatform.FutureforHealth/SumarioExecutivo/index.html#/44/zoomed [accessed 25.09.14].
- [6] Dussault G. Human resources development: the challenge of health sector reform. Latin America and the Caribbean Department, Human Development Division, World Bank; 1999. <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206833/DussaultHRD.pdf> [accessed 8.03.14].
- [7] Dubois CA, McKee M, Nolte E. Human resources for health in Europe. European observatory on health systems and policies series. Open University Press; 2006. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf [accessed 8.03.14].
- [8] Rechel B, Dubois CA, McKee M. The health care workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf [accessed 28.01.12].
- [9] Administração Central do Sistema de Saúde. Balanço Social do Ministério da Saúde 2012. <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nota%20de%20divulga%C3%A7%C3%A3o%20do%20Balanço%20Social%20do%20MS%202012.pdf> [accessed 13.09.14].
- [10] OCDE. OCDE Health Data 2013 – frequently requested data. www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm [accessed 05.10.13].
- [11] Ordem dos Médicos. Estatísticas Nacionais. http://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats_medicos [accessed 25.09.14].
- [12] Administração Central do Sistema de Saúde. Monitorização mensal da actividade assistencial Julho 2013; 2013. http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/julho_monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20mensal%20atividade%20assistencial.pdf [accessed 29.12.13].
- [13] Dussault G, Fronteira I. Análise Especializada de Recursos Humanos. Análise estratégica especializado PNS 2011–2016. <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/RHS-PT.pdf> [accessed 28.01.12].
- [14] Dussault G, Biscaia A, Craveiro I, Fronteira I, Lapão L, Temido M. Os Recursos Humanos da Saúde. In: 40 Anos da Saúde em Abril. Coimbra: Livraria Almedina; 2014.
- [15] Temido M, Dussault G. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2014;32(1):45–54.
- [16] Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. In: OECD Health Working Papers, No 17, February 2005. 2005. <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/33857785.pdf> [accessed 28.01.12].
- [17] Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*; 2009. p. 7–87. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813845/> [accessed 8.03.14].
- [18] Delamare ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. In: OECD Health Working Papers, No 54, July 2010. 2010 [accessed 28.01.12].
- [19] WHO. Regional office for Europe: Portugal health system performance assessment. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf [accessed 28.01.12].
- [20] Barros PP, Machado S, Simões J. Portugal health system review 2011. European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition; 2011. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf [accessed 28.01.12].
- [21] Entidade Reguladora da Saúde. Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf [accessed 28.01.12].
- [22] Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar – Cidadãos no centro do Sistema. Profissionais no centro da mudança. http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf [accessed 28.01.12].
- [23] Ordem dos Enfermeiros. 15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Contributos da Ordem dos Enfermeiros; 2013. www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas.2015.VersaoFinal.01Out2013_protég.pdf [accessed 5.10.13].
- [24] Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Policy brief. Health systems and policy analysis. WHO European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/75452/E93413.pdf [accessed 07.03.14].
- [25] Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2013;21(Spec.):38–46. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/06.pdf> [accessed 5.10.13].
- [26] NHS. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform. <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsuk1.pdf> [accessed 22.06.13].
- [27] Department of Health. Advanced Level nursing: a position statement. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf [accessed 22.09.13].
- [28] Boyle S. United Kingdom (England) health system review 2011. European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition; 2011. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf [accessed 28.01.12].
- [29] Yin RK. *Case study research: design and methods*, 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
- [30] Stake RE. *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*, 3rd ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2012.
- [31] Bardin L. *Content analysis*. Lisboa: Edições; 2009, 70.
- [32] Bailey KD. *Methods of social research*, 4th ed. New York: The Free Press; 1994.
- [33] Denzin NK, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
- [34] Flick U. *An introduction to qualitative research*, 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
- [35] Department of Health. The regulation of the non-medical health-care professions. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_062974 [accessed 2.11.13].
- [36] United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Project 2000: a new preparation for practice; 1986, May. <http://www.nmc-uk.org/publications-/archived-publications/ukcc-archived-publications/> [accessed 13.02.14].
- [37] Crown J. Review of prescribing, supply and administration of medicines. Final report; 1999, March. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4077153.pdf [accessed 13.02.14].
- [38] Department of Health. Making a difference. Strengthening the nursing, midwifery and health visiting contributions to health and health care. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4074704.pdf [accessed 10.08.13].
- [39] Department of Health. A Health Service of all the Talents. Developing the NHS workforce, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/> http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007967?IdcService=GET_FILE&dID=15866&Rendition=Web [accessed 11.08.13].

- [40] National Health Service, England. The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2004, http://www.legislation.gov.uk/ukksi/2004/291/pdfs/ukxi.20040291_en.pdf [accessed 5.10.13].
- [41] Royal College of Nursing. Nurse practitioners 2006. The results of a survey of nurse practitioners conducted on behalf of the RCN nurse practitioner association. Jane Ball, Employment Research Ltd.; 2006. <http://www.rcn.org.uk/...data/assets/pdf.file/0005/78764/003183.pdf> [accessed 29.09.13].
- [42] Department of Health. Changing workforce programme, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/en/documents/digitalasset/dh_4058219.pdf [accessed 10.08.13].
- [43] Department of Health, Agenda for Change Project Team. Agenda for Change. Final Agreement, [http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/en/documents/digitalasset/dh_4099423.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/@dh/en/documents/digitalasset/dh_4099423.pdf) [accessed 08.08.13].
- [44] Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012–2016, <http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> [accessed 29.12.13].
- [45] Ministério da Saúde. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, <http://dre.pt/pdf1s/2008/12/24900/0904009044.pdf> [accessed 29.12.13].
- [46] Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde 2012; 2013, June. http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/5FB93D71-8674-4061-8A22-5156F0A6214E/0/12072013_RA_Acesso_2012.pdf [accessed 29.12.13].
- [47] Sais C, Lopes H, Completo J, Delgado M, Casas M. Ambulatory Care Sensitive Conditions. Impacte do internamento dos doentes crónicos nos hospitais do SNS. Portugal: IASIST; 2013.
- [48] Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 2002;324:819–23.
- [49] Griffiths C, Foster C, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begum S, et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomized controlled trial for high risk asthma (ELECTRA). *British Medical Journal* 2004;328:144.
- [50] Governo de Portugal. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality, fourth update; 2012, June. http://www.portugal.gov.pt/media/660539/4r_mou.20120627.pdf [accessed 29.12.13].
- [51] Santana P, Peixoto H, Loureiro A, Costa C, Nunes C, Duarte N. Estudo de evolução prospectiva de médicos no sistema nacional de saúde. Relatório final. Universidade de Coimbra; 2013 June.
- [52] Ordem dos Médicos. Actualidade: riscos do task shifting. *Revista da Ordem dos Médicos* 2013;142:40–1.
- [53] Paiva e Silva A. A Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir: Revista Bimestral de Enfermagem e de Informação Geral* 2007;55:11–20.
- [54] Nunes L. Um olhar sobre o ombro. *Enfermagem em Portugal (1881–1998)*. Lisboa: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2003.
- [55] Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º126/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. In: *Diário da República – 2.ª Série – N.º35-18 de Fevereiro de 2011*. 2011. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011.CompetenciasEspecifEnFSaudFamiliar.pdf [accessed 29.12.13].
- [56] Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º10321/2012. In: *Diário da República – 2.ª Série – N.º148-1 de Agosto de 2012*. 2012. <http://www.dre.pt/pdf2s/2012/08/148000000/2714027140.pdf> [accessed 29.12.13].
- [57] Ministério de Saúde. Decreto-Lei n.º 118/2014. In: *Diário da República, 1.ª série – N.º 149 – 5 de Agosto de 2014*. 2014.
- [58] Benson D, Jordan A. What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh Revisited. *Political Studies Review* 2011;9:366–78.
- [59] Greener I. Understanding NHS Reform: the policy transfer, social learning and path dependency perspectives. *Governance* 2002;15(2):161–83.
- [60] Stilwell B, Greenfield S, Drury VWM, Hull FM. A nurse practitioner in general practice: working style and pattern of consultations. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1987;37:154–7.
- [61] Kingdon JW. *Agenda, alternatives and public policies*, 2nd ed. New York: HarperCollins College Publishers; 1995.

2.4. Estudo IV

Temido M, Craveiro I, Dussault G: *Percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem*. Submetido 08.11.2014 em Referência Revista de Enfermagem.

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

Expanding nurses' scope of practice in Portuguese primary care – the family health care teams' perspective

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

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, nomeadamente, do consenso dos profissionais de saúde sobre a sua adequação. Objetivo: 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: A investigação revelou que, 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, mediante uma reorganização do trabalho enquadrada normativamente, a profissão de enfermagem poderia assumir em cuidados primários. Conclusões: Constatou-se que o *gap* de necessidades assistenciais não satisfeitas não é percebido igualmente, o que tende a adiar o reforço de modelos colaborativos de cuidados, na medida em que médicos os interpretam como uma ameaça ao seu território e enfermeiros como uma contradição face ao seu volume de trabalho e foco no cuidar.

Palavras chave

atenção primária à saúde; prática avançada de enfermagem; percepção; equipe de assistência ao paciente

Abstract

Background: Expanding nurses' scope of practice in primary care has been a strategy deployed in various healthcare systems with acknowledged results. Its feasibility depends, namely, on the agreement of the healthcare professionals about its suitability. Objective: To understand the Portuguese family health care teams' perspectives about the expansion of nurses' scope of practice in primary care. Methodology: Focus groups. Results: The patients' expectations, the

shortage of the nursing workforce and the need of specific training programmes are the main problems that, in the focus groups' perspective, the strategy would face. Teams discussed several roles that primary healthcare nursing would be fit to perform after the definition of a legal framework. Conclusion: The study concluded that the gap of unmet healthcare needs was not equally understood by the teams and that this risks to postpone the reinforcement of collaborative care models as physicians consider them as a threat to their professional turf and nurses as a contradiction regarding their current workload and focus on caring.

Keywords

primary health care; advanced practice nursing; perception; patient care team

Resumen

Contexto: 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. Objetivo: 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: Se observó que la brecha de necesidades insatisfechas no es igualmente comprendida, lo que arriesga a posponer el fortalecimiento de modelos colaborativos de la atención, puesto que los médicos los interpretan como una amenaza a su territorio y la enfermería como una contradicción frente a su carga de trabajo y foco en lo cuidado.

Palabras clave

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

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 (Laurant et al, 2009; Delamaire & Lafortune, 2010). Alguns estudos referiram mesmo que entre 30% e 70% do trabalho desempenhado por médicos poderia ser realizado por enfermeiros, salvaguardando, contudo, que a exequibilidade da transferência de tarefas não pode ser confundida com o seu custo-efetividade (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 constrangimentos 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 (WHO Europe, 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 na recente publicação de um diploma que atribuiu à Direcção-Geral da Saúde a identificação das áreas de partilha de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde entre o enfermeiro de família e outros profissionais de saúde e às Administrações Regionais de Saúde (ARS) a implementação da atividade deste profissional através de experiências piloto a realizar no segundo semestre de 2014.

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 reconduz ao enfermeiro especialista de saúde familiar, antes podendo abranger todos os enfermeiros a exercer neste nível de cuidados.

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 USF estimularam o trabalho em equipa.

Enquadramento

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. Para isso recorre-se a uma adaptação do modelo definido por Lukosius e DiCenso (Lukosius & DiCenso, 2004) para orientar o desenvolvimento, implementação e avaliação de práticas avançadas de enfermagem – modelo PEPPA, *participatory, evidence-based, patient-centred process for APN nurse*

development, implementation and evaluation. 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 constitui 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?

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.

Metodologia

Para responder aos objectivos 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 perspectivas 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 porque* pensava resultantes da sua interacção (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, seleccionando-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 interacção. Os administrativos foram excluídos por não serem prestadores diretos de cuidados. 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 da equipa pelo desenho do estudo) e a oportunidade foi aceite, sendo os resultados referidos na secção de discussão. 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, construídos com à luz do modelo PEPPA (Lukosius & DiCenso, 2004). Previamente à aplicação do guião recolheram-se os dados de caracterização sociodemográfica dos

participantes. 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. 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 percepção das equipas em relação a temas de pesquisa definidos, 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 4 e 6 anos em USF (52%).

- **Percepções 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 percepção 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); “(...) conseguiu 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). Face ao desenho da malha de serviços, o papel do enfermeiro especialista a trabalhar em CSP nem sempre é visto como estando a ser rentabilizado: “(...) nós temos enfermeiros especialistas aqui na nossa USF, especialistas em Reabilitação, e não nos deixam atuar nessa área porque temos as UCC (...)” [Unidades de Cuidados na Comunidade] (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 área da prevenção. Numa USF e na entrevista salientou-se a necessidade de, por via de eventuais novos modelos, não descurar a resposta às necessidades atualmente enquadradas: “O meu receio é que, ao quisermos 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, os recém-especialistas, 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 (...) Há muitas coisas que a gente já delega neles mas numa perspetiva de equipa” (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. Estou a falar nos cuidados de saúde primários” (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 percecionada como implicando uma mudança cultural até porque “(...) se o enfermeiro não sente que há reconhecimento social para que possa avançar para esse patamar de responsabilidade, 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 expetativas dos cidadãos são claras: “O doente quando está com problemas é o médico que procura” (M-USF1); uma vez mais, na equipa, 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 competências 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, especificamente, a necessidade de reforço de competências nas áreas da promoção, prevenção e intervenção nos programas da área 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 em uma das USF foi o de melhorar a resposta às necessidades assistenciais do utente: “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-USF 2).

- ***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 e de uma melhor adequação da resposta às necessidades: “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 recuara por inexistência de enquadramento para essa forma de trabalhar. 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 resolutiva dos CSP, esta deveria ser sempre uma decisão da equipa. Numa outra 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, para referenciar para uma determinada especialidade, 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 autónoma 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, por si só, 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 papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP como forma de melhorar a

resposta às necessidades assistenciais da população, conforme havia sido indicado 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 homoganeamente compreendido, 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 também identificada, revelando

preocupações semelhantes às sentidas em outros sistemas de saúde (Delamaire & 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 reacção 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.

Conclusões

A investigação revelou que, na percepção das equipas estudadas, as expectativas dos cidadãos, a escassez de enfermeiros, a necessidade de formação específica e os paradigmas de formação e de autorregulação profissional são os principais problemas a enfrentar pelo alargamento do campo de exercício da enfermagem. As equipas discutiram vários papéis que, mediante uma reorganização do trabalho enquadrada normativamente e sustentada por protocolos, o enfermeiro de CSP poderia assumir. Constatou-se que o *gap* de necessidades assistenciais não satisfeitas não é percebido

igualmente, o que tende a adiar o reforço de modelos colaborativos de cuidados, na medida em que os médicos os interpretam como uma ameaça ao seu território profissional e os enfermeiros como uma contradição face ao seu volume de trabalho e foco no cuidar. 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 das equipas e dos cidadãos 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 1999; 8:224-227.
- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., Dussault, G. (2013). *Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal*. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(Spec): 38-46.
- Delamaire, M.L. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. OECD Health Working Papers No. 54. France: OECD Publishing.
- Dolowitz, D.P., Marsh, D. (2000). *Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making*. Governance. 2000; 13: 5–25.
- Dussault, G., Fronteira, I. (2010). *Recursos Humanos para a Saúde (RHS) Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal)*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

- Greener, I. (2002). *Understanding NHS Reform: The Policy Transfer, Social Learning and Path Dependency Perspectives*. Governance. 2002; 15: 161-183.
- International Council of Nurses. *ICN Announces Position on Advanced Nursing Roles*. Journal of Advanced Nursing. 2003; 41: 524-7.
- Kitzinger, J. (1994). *The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants*. Sociology of Health & Illness. 1994; 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*. The Cochrane Collaboration.
- Lukosius, B.D., DiCenso, A. (2004). *A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles*. Journal of Advanced Nursing. 2004; 48: 530-540.
- Morgan, D.L. (1996). *Focus Groups*. Annual Review of Sociology; 1996 (22): 129-152.
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L. (2014). *Optimizing scopes of practice. New models of care for a new health care system*. Canadian Academy of Health Sciences; Ottawa: 2014.
- Richardson, G., Maynard, A. (1995). *Fewer Doctors? More Nurses? A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution*. University of York. Discussion paper 135.
- 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 2013; 14: 132.

Temido, M., Dussault, G. (2014). *Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em*

Portugal: limites normativos à mudança. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

2014; 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 – an international journal. 9 (6): 641-6.

WHO Europe. (2000). *The Family Health Nurse: context, conceptual framework and*

curriculum. WHO Europe.

3. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

Conforme tem sido sublinhado por muitos autores, a dimensão dos desafios enfrentados pelos atuais sistemas de saúde não é compatível com a opção de manter *business as usual* (Porter *et al*, 2013; Campbell *et al*, 2014). A pressão da procura de cuidados em maior volume e qualidade, num contexto de necessidade de redução da despesa pública, constitui uma séria ameaça à sustentabilidade, em sentido amplo, do sistema de saúde português (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Mas a análise das soluções implementadas, por exemplo, desde o início da crise financeira de 2007 por Portugal como por outros Estados europeus, evidencia que as preferências políticas se mantêm circunscritas às medidas tradicionais (Mladovsky *et al*, 2012). Efetivamente, apesar de os RHS serem o *input* determinante no funcionamento dos sistemas de saúde, o investimento na modernização da sua organização tem sido limitado – “no essencial, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde continuam a trabalhar e a organizar-se como o faziam há 50 anos atrás”¹ (Plocgh, 2013, p.25).

Esta investigação foi realizada com a finalidade de contribuir para o redesenho de um quadro de relacionamento profissional entre médicos e enfermeiros, em Portugal, que contribua para um melhor desempenho do sistema de saúde em termos de acesso, eficiência e qualidade.

O seu objetivo geral foi analisar em que medida um diferente *skill mix* entre médicos e enfermeiros, envolvendo a expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem, seria exequível no contexto do sistema de saúde português, contribuindo para a produção de um quadro teórico que apoie a formulação de uma política de reorganização do trabalho orientada para a melhoria da resposta às necessidades assistenciais.

Nesta secção sumarizam-se e discutem-se os principais resultados da investigação realizada, descrevem-se as suas limitações metodológicas e analisam-se as implicações da pesquisa para a formulação de uma política de revisão da combinação de papéis

¹ Tradução da autora.

profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal que contribua para a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

3.1. Discussão Geral

3.1.1. Aceitabilidade social

No primeiro estudo discutiu-se a aceitabilidade social (Dussault *et al*, 2003, Buchan *et al*, 2004) da opção por um alargamento do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal, nomeadamente através do desenvolvimento de enfermagem avançada (International Council of Nurses, 2003), para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

Os resultados mostraram que não existia consenso suficiente entre os *stakeholders* sobre se uma redistribuição do trabalho deste tipo era adequada ao contexto português e que não havia um movimento significativo que a reclamasse e defendesse. Verificou-se que algumas áreas de atividade assistencial, como os CSP, onde a dinâmica da reforma sentida, em especial, a partir de 2005 tinha estimulado o trabalho em equipa, indiciavam um maior potencial de acolhimento para uma solução deste tipo, nomeadamente nos domínios da gestão das doenças crónicas, como a diabetes e a hipertensão, ou da vigilância da saúde materna e infantil. Mais de 80% dos respondentes ao inquérito eletrónico dirigido aos diretores executivos e conselhos clínicos dos ACES concordaram/concordaram totalmente com a ideia de que a discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem era relevante para melhorar a acessibilidade e que, de entre as tarefas habitualmente executadas pelos médicos, algumas poderiam sê-lo por enfermeiros devidamente formados. A preservação da qualidade e segurança dos cuidados constituiu a maior preocupação manifestada pelos *stakeholders* num eventual processo de desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem, no qual teriam de ser acautelados: a adequação da formação em enfermagem, a participação das Ordens dos Médicos e dos Enfermeiros, a compensação financeira da enfermagem, a parametrização dos sistemas de informação e a definição de protocolos de trabalho.

Dado que os estudos realizados em outros países indicavam que são várias as etapas de ponderação quando se discute a opção por uma política de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem (Buchan *et al*, 2004), considerou-se que Portugal ainda se encontrava no primeiro estágio deste eventual processo.

A ausência de estudos sobre a expansão do campo de exercício da enfermagem em Portugal foi invocada como um constrangimento que, contudo, não deveria justificar a inação. Discutiu-se a necessidade de promover um forte investimento na consensualização antes de se avançar, sobretudo através do reforço do diálogo com os parceiros sociais, tendo em vista um entendimento sobre a combinação adequada de RHS face às condições existentes no país.

3.1.2. Exequibilidade normativa

No segundo estudo discutiu-se a exequibilidade normativa (Dussault *et al*, 2003, Buchan *et al*, 2004) de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal.

O debate teve como referencial de abordagem a sociologia das profissões, particularmente, a teoria da divisão do trabalho especializado nas sociedades modernas e os conceitos de “jurisdição” – ligação entre uma profissão e o seu trabalho – e de “disputa de jurisdição” – competição entre grupos profissionais e/ou grupos ocupacionais pelo controlo de determinada(s) tarefa (s) (Abbot, 1988).

Defendeu-se que o quadro normativo da profissão de enfermagem acentua o carácter de interdependência do seu exercício por referência à equipa de saúde, sem prejuízo da autonomia que, no limite das suas competências, se lhe reconhece. Em contraste, apontou-se que o quadro normativo da profissão médica frisa a natureza não subordinada do seu trabalho e o monopólio sobre os atos de diagnóstico médico, de prescrição terapêutica e de gestão autónoma de doentes.

Depois, sublinhou-se que, no ordenamento jurídico português, não há definição de ato médico, ainda que a Lei de Bases da Saúde o preveja, desde 1990. Expôs-se que, para além dos referidos atos de reserva médica absoluta, muitos outros são considerados exclusivos por força das práticas instituídas, havendo aí espaço para uma redistribuição

do trabalho entre médicos e enfermeiros, sem necessidade de alterações normativas, o que, de resto, pode ser comprovado através dos exemplos de evolução incremental (Dubois *et al*, 2006) do conteúdo da profissão de enfermagem presentes no sistema de saúde português, no caso do papel do enfermeiro no “Sistema de Triagem de Manchester” e na “Linha de Saúde 24”.

Finalmente, discutiu-se o problema de que a constatação da existência de espaço normativo para um alargamento do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal não poderia fazer esquecer que a exequibilidade de uma política não se esgota no campo legal. Ela implica a análise da sua aceitabilidade social, realizada no estudo anterior, como implica também a análise da sua coerência face à estratégia global de utilização da força de trabalho em saúde. Deste modo se introduziu a discussão realizada no estudo seguinte.

3.1.3. Processo político

No terceiro estudo discutiram-se as lições das políticas de saúde (Rose, 1991; Scribner *et al*, 2000; Fischer, 2007; Benson *et al*, 2011) desenvolvidas na Inglaterra, entre 2000 e 2010, no sentido da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem para o desenho de uma estratégia deste tipo em Portugal.

Expôs-se que a estratégia inglesa de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem foi apenas uma das dimensões de uma política mais vasta e de longo prazo, orientada para a reforma do NHS, que abriu uma “janela de oportunidade” (Kingdon, 1995) para o desenvolvimento de novas formas de trabalhar, em paralelo com o reforço da mão-de-obra disponível (NHS, 2000). Apontou-se que a liderança desta estratégia foi explicitamente assumida pelo decisor político, socorrendo-se de diversos instrumentos (v.g., alterações da formação e treino, do quadro legal de prescrição de medicamentos e do modelo remuneratório) (DoH, 2001; DoH, 2003; DoH, 2004) para mobilizar o apoio dos *stakeholders*. Apontou-se, ainda, que os papéis profissionais foram redefinidos, não em função das fronteiras e títulos profissionais, mas em função das competências e dos percursos dos doentes (NHS, 2002), num processo que colocou a ênfase na organização flexível do trabalho em equipa e que foi alavancado por experiências-piloto (DoH,

2001). Um dos mais relevantes constrangimentos da estratégia foi a falta de um enquadramento regulatório próprio para os enfermeiros que exercem a profissão a um nível de prática avançada (The Association of Advanced Nursing Practice Educators, 2008).

Argumentou-se que as necessidades assistenciais e em serviços que justificaram o percurso seguido na Inglaterra têm paralelo nas que, atualmente, constroem o desempenho do SNS (v.g., população envelhecida, peso das doenças crónicas, consumidores mais exigentes, assimetrias geográficas no acesso, tempos de espera inadequados) (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2013). Contrapôs-se que, ao contrário do caso inglês, as políticas de RHS têm sido negligenciadas pelo decisor político português, não existindo nenhum movimento significativo que reclame o alargamento da esfera de exercício da profissão de enfermagem, que enfrenta, aliás, uma dura oposição da Ordem dos Médicos, e sendo o número de enfermeiros disponível no sistema insuficiente para empreender uma estratégia desta natureza. Discutiou-se que as políticas de saúde inglesas, desenvolvidas entre 2000 e 2010, no sentido da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem, foram o culminar de iniciativas e estudos anteriores (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 1986; Stilwell *et al*, 1987; Crown, 1999), tendo sido acompanhadas por um aumento do investimento público inicial no reforço do número e competências dos RHS (NHS, 2000); em Portugal a avaliação do *skill mix* da força de trabalho em saúde dispõe de evidência limitada e a afetação de recursos adicionais à contratação de enfermeiros, bem como à sua preparação específica (Bourgeault *et al*, 2008), enfrenta dificuldades no atual contexto económico e financeiro do país. Ainda assim, objetou-se que o apelo a um melhor aproveitamento das competências da profissão de enfermagem constou das recentes recomendações de vários parceiros (WHO, 2010 b); Dussault *et al*, 2010; Barros *et al*, 2011; Entidade Reguladora da Saúde, 2011; Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011; Governo de Portugal, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013), que os resultados do primeiro estudo desta investigação sugeriram a existência de um ambiente favorável ao reforço do trabalho em equipa no contexto dos CSP, que o Ministério da Saúde enquadrou normativamente a intenção de desenvolver o papel do enfermeiro de família através de experiências-piloto (Ministério da Saúde, 2014) e que o PNS 2012-2016

incluiu, entre as suas metas, o aumento do número de enfermeiros (Direcção-Geral da Saúde, 2013). Finalmente, realçou-se que uma inadequada compreensão dos objetivos de uma política de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem pode comprometer o seu sucesso: o foco das políticas inglesas foi a melhoria do acesso e o interesse do decisor português e dos seus credores internacionais parece determinado por uma preocupação de redução da despesa.

Alegou-se que, apesar de cada país ter que encontrar o *skill mix* de RHS que melhor responda às suas especificidades, o desenvolvimento de uma estratégia de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal beneficiaria de um compromisso claro do decisor político e dos parceiros sociais, do enquadramento por programas de formação e quadro normativo específicos, do desenvolvimento de experiências-piloto e de um modelo de monitorização e avaliação de resultados.

3.1.4. Preferências dos profissionais de saúde

No quarto estudo, discutiram-se, à luz do modelo PEPPA (Lukosius *et al*, 2004; Canadian Nurses Association, 2006), as preferências dos médicos e enfermeiros portugueses, a trabalhar em contexto de USF modelo B, sobre a expansão do campo de exercício dos enfermeiros de CSP, tendo em vista melhorar o desempenho da equipa de saúde na resposta às necessidades assistenciais da população.

Apesar das limitações decorrentes da técnica utilizada e do número de grupos focais realizado, que não representou todas as regiões de saúde e que poderá ter sido insuficiente para esgotar as perceções sobre o tema, os resultados sugeriram que a reforma dos CSP é percebida, pelas equipas de saúde, como tendo modificado os paradigmas de relacionamento. Os resultados sugeriram ainda que, no modelo de trabalho que sustenta o funcionamento das USF, tende a existir um ambiente favorável à atribuição de papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP, conforme havia sido indiciado no primeiro estudo desta investigação.

Verificou-se, contudo, que a opção pela expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem não reúne unanimidade, por ser percebida, por alguns médicos e enfermeiros, como desajustada e iníqua (v.g., no país não há carência de força de

trabalho médica e apenas desequilíbrio na sua distribuição; as competências da profissão de enfermagem não se encontram suficientemente exploradas; remunerar diferentemente o mesmo nível de responsabilidade é incorrecto). O *gap* de necessidades assistenciais não satisfeitas pelo atual modelo de prestação pareceu não ser transversalmente compreendido, merecendo referência relativamente limitada nas preocupações manifestadas por algumas equipas, centrando-se o seu enfoque mais na oferta do que na procura (Nelson *et al*, 2014); ponderou-se que esta circunstância tende a adiar o reforço de modelos colaborativos de cuidados, na medida em que médicos os interpretam como uma ameaça ao seu território profissional e enfermeiros como uma contradição face ao seu volume de trabalho e foco no cuidar.

A experiência em sistemas de saúde onde a atribuição de funções clínicas mais vastas ao enfermeiro de CSP se encontra instituída emergiu como fator predisponente para encarar favoravelmente essa opção, em linha com os resultados de outros estudos (Schadelwaldt *et al*, 2013). 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 (v.g., seguimento de grávidas de baixo risco, realização de algumas técnicas de diagnóstico e tratamento) surgiu como confirmação de que muitas mudanças nos papéis profissionais acontecem incrementalmente (Dubois *et al*, 2006), aspeto que também havia sido referido no segundo artigo desta tese, referindo-se a vantagem de as conhecer e avaliar.

Os resultados dos grupos focais mostraram também que 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 dotar os enfermeiros de família com formação específica para trabalhar com mais segurança e qualidade todos os programas da área da saúde geral e familiar foi merecedora de amplo consenso, tendo-se discutido a circunstância de esta percepção das equipas reiterar as conclusões dos autores que identificaram a confiança nas competências mútuas como uma das principais alavancas para uma maior colaboração entre médicos e enfermeiros (Schadelwaldt *et al*, 2013).

Finalmente, os resultados dos grupos focais revelaram que as equipas de saúde identificaram vários papéis que o enfermeiro de CSP poderia assumir mas a percepção sobre a adequação de cada um 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 especialmente sublinhada, revelando preocupações semelhantes às sentidas em outros sistemas de saúde onde a expansão dos papéis da profissão de enfermagem se encontra numa fase mais avançada (Buchan *et al*, 2004).

Face aos resultados encontrados, considerou-se que importa avaliar os futuros impactos das experiências-piloto para a implementação do enfermeiro de família e da atribuição da especialidade de enfermagem de saúde familiar.

A análise da exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal, pela via da expansão do campo de exercício da enfermagem, revelou que: i) em termos de aceitabilidade social, apesar de não existir consenso suficiente sobre se uma opção deste tipo é adequada ao contexto português, algumas áreas assistenciais, como os CSP, indiciam um maior potencial de acolhimento; ii) em termos de exequibilidade legal, salvo nos atos de reserva médica absoluta, há espaço normativo para uma redistribuição do trabalho entre médicos e enfermeiros, na medida em que muitos atos são considerados exclusivos da área médica meramente por força de práticas instituídas; iii) em termos de processo político, embora as iniciativas identificadas no estudo de caso não sejam diretamente transponíveis, uma liderança forte da estratégia, uma clara compreensão dos objetivos a alcançar e uma visão de longo prazo para o sistema de saúde surgem, potencialmente, como elementos críticos do sucesso; iv) em termos de preferências dos profissionais de saúde, enquanto algumas equipas de saúde familiar se distanciam da adequação da opção ao contexto português, outras percecionam as necessidades assistenciais não satisfeitas como justificativas da atribuição de papéis clínicos mais vastos à enfermagem de CSP, o que mostra diferentes disponibilidades para o reforço de modelos colaborativos de cuidados.

3.1.5. Limitações metodológicas

Reconhecem-se limitações na pesquisa realizada. Por um lado, o paradigma de investigação qualitativo, escolhido para a realização da maioria dos estudos, não

permitiu, à partida, a generalização dos resultados e restringiu a sua validade aos casos estudados. Por outro lado, nem sempre se conseguiu a colaboração desejável para uma compreensão completa da aceitabilidade social e das preferências dos profissionais de saúde relativamente à opção pela expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem como forma de melhorar o desempenho do sistema de saúde português. A relutância, ou mesmo recusa, em participar na discussão do tema podem constituir, em si próprias, um resultado, sugerindo um ambiente que não está preparado para aceitar novos modelos de cuidados, baseados em práticas avançadas de enfermagem (Lukosius *et al*, 2004). Por último, apesar de o objetivo da investigação ser a análise da exequibilidade de uma revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros em Portugal, as potenciais diferenças na componente pública e privada do sistema de saúde não foram exploradas, como também não foi explorada a aceitabilidade que a opção pela expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem teria junto dos utentes. Apesar das suas limitações, crê-se que esta investigação contribuiu para a produção de conhecimento sobre as barreiras e as oportunidades que, em termos sociais, normativos, políticos e de preferências dos profissionais de CSP, uma estratégia de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem enfrenta em Portugal e poderá apoiar a formulação de políticas que, neste momento, o país parece pretender desenvolver.

3.1.6. Implicações da pesquisa em políticas futuras

Por força do progresso da ciência e da tecnologia, da mudança dos perfis epidemiológicos e da necessidade de melhorar a eficiência dos sistemas de saúde, “os papéis desempenhados pelos diversos profissionais de saúde estão a mudar em todo o mundo” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Portugal não constitui uma exceção.

No caso específico do *skill mix* entre médicos e enfermeiros e da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem, embora a investigação tenha revelado que este é um tema recente na agenda das políticas de saúde nacionais, que existe relutância de certos *stakeholders* em participar na discussão, que a força de trabalho de enfermagem disponível é insuficiente e que o país ainda se encontra na primeira etapa deste possível

percurso (Buchan *et al*, 2004), ela também mostrou que, particularmente no âmbito dos CSP, algumas equipas de saúde percecionam a urgência da mudança e estão disponíveis para a empreender, como forma de melhorar a resposta às necessidades assistenciais da população. Tal poderá fundamentar um desenvolvimento através de iniciativas-piloto de natureza voluntária. Aliás, a pesquisa revelou que, em alguns contextos, a atribuição à enfermagem de papéis, tradicionalmente desempenhados apenas por médicos, é descrita como sendo uma realidade, sustentando a ideia de que muitas mudanças dos conteúdos profissionais ocorrem no seio das equipas e sugerindo a necessidade de conhecer e avaliar, desde já, os resultados destas experiências. A relativa fluidez do quadro normativo que define as fronteiras do campo de exercício das profissões médica e de enfermagem parece constituir, simultaneamente, uma barreira e um estímulo a estas modificações incrementais (Dubois *et al*, 2006).

A investigação mostrou que, em Portugal, a aceitabilidade social do desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem e as preferências dos profissionais de saúde relativamente à expansão dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP não são homogéneas. O número relativo de enfermeiros e médicos foi o principal argumento dos antagonistas do modelo. Discutir a atribuição de mais papéis clínicos à profissão de enfermagem é, nesta perspetiva, desajustado, num país onde o rácio enfermeiros por médico é de 1,4 (OCDE, 2014), onde um modelo prospetivo de cálculo aponta para um excedente médico em 2015 (Santana *et al*, 2013) e onde, por efeito da redução da despesa pública em saúde, o número de enfermeiros nas unidades prestadoras se tem distanciado dos valores de referência das dotações seguras de cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Ora, por um lado, é reconhecido que, embora Portugal tenha um número de médicos por 1.000 habitantes que o situa acima da média dos países da OCDE, esse valor pode estar sobrestimado (Biscaia *et al*, 2003), esconde assimetrias na distribuição geográfica e sectorial e não impede que o país tenha que manter em vigor um regime de exceção para a contratação de médicos aposentados pelas instituições do SNS (Ministério da Saúde, 2013) ou recorrer à celebração de protocolos bilaterais com governos de outros Estados para a contratação de médicos (Dussault *et al*, 2014). Por outro lado, embora a carência de médicos tenha sido o motivo que, historicamente, justificou as primeiras iniciativas de expansão do campo de

exercício da profissão de enfermagem (Pulcini *et al*, sem data; Kaasaleinen *et al*, 2010) e se mantenha como o primeiro racional enunciado pelos países onde este tipo de organização conheceu maior desenvolvimento (Delamaire *et al*, 2010), factores como a melhoria do acesso e a promoção da qualidade dos cuidados são também invocados como *drivers* da mudança em países com composição da força de trabalho semelhante à de Portugal, como é o caso do Chipre (Delamaire *et al*, 2010). Quanto à carência de enfermeiros, o Plano Nacional de Saúde atualmente em vigor, partindo de uma base de 551,3 enfermeiros por 100.000 habitantes, em 2009 (75,2 enfermeiros de CSP por 100.000 habitantes), aponta para uma meta de 801,1 em 2016 (106,5 enfermeiros de CSP por 100.000 habitantes) (Direção-Geral da Saúde, 2013), o que colocará o país a par com a média dos países da UE-28. De qualquer modo, reconhece-se que advogar a expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem sem reforçar o número de efetivos é irrealista, da mesma forma que é imprudente não estimar o respetivo impacto em outros grupos profissionais, sendo este um aspeto que o decisor político não poderá ignorar. A revisão do *skill mix* entre médicos enfermeiros deverá ser sempre integrada numa estratégia global para os RHS do país, sob pena de agravamento dos desequilíbrios já existentes na força de trabalho.

A investigação revelou também que, entre os aspetos críticos de um processo político de definição e implementação de uma estratégia de revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros em Portugal, se destacam a necessidade de uma forte liderança do processo, de uma clara compreensão dos objetivos a atingir e de uma visão de longo prazo para o sistema de saúde. Com efeito, dado que o instinto de sobrevivência de cada grupo profissional tende a manifestar-se no sentido da preservação do seu próprio território de conhecimento, competências e técnicas (Abbot, 1998), são antecipáveis resistências à construção de um profissionalismo diferente do instituído (Frenk *et al*, 2010; Plocgh *et al*, 2011), centrado nas necessidades da população e não nas fronteiras tradicionais entre as profissões (NHS, 2000). O antagonismo inicial da profissão médica à atribuição de papéis clínicos mais amplos à enfermagem constitui um aspeto comumente descrito nos sistemas de saúde em que este tipo de modelo se encontra implementado (Philips *et al*, 2002; Buchan *et al*, 2004; Delamaire *et al*, 2010). A liderança deste processo será, portanto, um fator chave para a sua concretização (Plocgh *et al*, 2011), cabendo-lhe a

difícil tarefa de conquistar a adesão das profissões. Igual relevância deverá merecer a clara compreensão das metas a atingir pela revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros. Os resultados dos estudos mostraram que, em Portugal, ao longo do triénio de vigência do PAEF, no contexto das medidas destinadas a reforçar a sustentabilidade do sistema de saúde, alguns *stakeholders* (Entidade Reguladora da Saúde, 2011; Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013), e entre eles os credores internacionais (Governo de Portugal *et al*, 2012), defenderam a atribuição de um campo de exercício mais amplo à profissão de enfermagem. Concluir que pela alocação de recursos humanos, cujo preço relativo é mais baixo, se obterá redução da despesa é precipitado. Para além de ser necessário considerar os custos do treino adicional que uma prática segura e de qualidade sempre terá que acautelar, há que tomar em consideração o tempo e volume de recursos consumidos pelos profissionais cujo campo de exercício se optou por expandir, a necessidade da sua supervisão (Richardson *et al*, 1995; Bourgeault *et al*, 2008), bem como a circunstância de, frequentemente, as novas formas de trabalhar não se traduzirem na libertação de recursos por não corresponderem a substituição mas a complementaridade e resposta a necessidades não satisfeitas (Wilson *et al*, 2002). Assim, uma revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros norteadada por objetivos de redução da despesa em saúde, no curto prazo, provavelmente não será efetiva (Bourgeault *et al*, 2008) e ignorar este aspeto poderá conduzir ao insucesso político (Dolowitz *et al*, 2000). Por último, entre os aspetos críticos do processo de definição e implementação de uma política de revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros em Portugal, destacou-se a necessidade de uma visão de longo prazo para o sistema de saúde. As estratégias relacionadas com RHS são dificilmente compatíveis com a obtenção de resultados rápidos, desde logo pelo tempo associado à formação dos profissionais de saúde (Zurn *et al*, 2004). Neste caso concreto, a mudança implicaria, antes de mais, o reconhecimento da centralidade das políticas de RHS para o desempenho do sistema de saúde português e o planeamento da força de trabalho em saúde em função das necessidades assistenciais da população e dos modelos de cuidados adequados a responder-lhes (Campbell *et al*, 2014). Depois, a mudança implicaria, não só o já referido reforço da dimensão da força de trabalho de enfermagem, mas também a adequação da respetiva formação e treino a uma prática profissional mais autónoma. A efetividade da mudança beneficiaria da implementação

de um modelo de formação interprofissional, que atenuasse os tradicionais silos profissionais e incentivasse modelos de trabalho colaborativos (Frenk *et al*, 2010), como também beneficiaria do reforço da literacia em saúde e de uma maior participação dos cidadãos como co-produtores da sua própria saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Trata-se, portanto, de um programa para uma década.

A investigação identificou ainda um conjunto de funções em que, potencialmente, o campo de exercício da profissão de enfermagem pode ser expandido – v.g., promoção da saúde e prevenção da doença, vigilância da saúde materna e infantil, gestão de doenças crónicas. Ela também identificou um conjunto de tarefas em que essa expansão é considerada, pelos profissionais de saúde, como merecedora de maior reflexão – v.g, referenciação de doentes, primeiro atendimento de doença aguda comum, prescrição protocolada de alguns fármacos, realização de certas técnicas de diagnóstico e tratamento. Contudo, estes resultados devem ser considerados pelo decisor político como meramente indicativos de que uma outra distribuição do trabalho entre médicos e enfermeiros, diferente da atual, pode ser equacionada. Sobretudo, eles devem ser interpretados sem esquecer que o objetivo da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem não é a prática de atos, tradicionalmente da esfera médica (DoH, 2010; Niezen *et al*, 2014), e sim uma maior autonomia clínica para a resposta às necessidades assistenciais, num contexto do reforço dos modelos colaborativos de cuidados (Phillips *et al*, 2002; Frenk *et al*, 2010; Nelson *et al*, 2014), em que o trabalho da equipa de saúde envolve confiança, respeito mútuo, partilha do poder decisório e igualdade (Schadewaldt *et al*, 2013).

A investigação mostrou que existe um relativo espaço social, normativo, político e nas preferências dos profissionais de saúde para a expansão do campo de exercício da profissão da enfermagem. Tal como diferentes países se encontram em diferentes estádios de discussão deste possível processo (Buchan *et al*, 2004), também no nosso país diferentes *stakeholders*, diferentes campos de atividades e diferentes equipas de saúde revelam distinto potencial de adesão a esta inovação; considerá-los por igual seria, certamente, um erro. Em qualquer circunstância não poderá esquecer-se que otimizar o *skill mix* da força de trabalho em saúde é um processo dinâmico (Dubois *et*

al, 2009). Este traço foi patente na circunstância de, ao longo do período de realização da investigação, no contexto nacional, se ter evoluído de uma quase ausência de referências ao tema da atribuição de papéis mais vastos à enfermagem para várias menções legais ao desenvolvimento da figura do enfermeiro de família (Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, 2014).

O desafio futuro que se coloca ao nível das políticas de saúde não reside apenas numa melhor combinação dos papéis das profissões médica e de enfermagem mas no desenvolvimento de uma estratégia global de otimização sistemática do *skill mix* da força de trabalho da saúde (Dubois *et al*, 2009), alicerçada num modelo de formação dos RHS que incentive a maximização das competências individuais e da equipa (Frenk *et al*, 2010) e estimule o papel dos cidadãos, saudáveis e doentes, como co-produtores da saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

3.2. Conclusões

No sistema de saúde português, como na maioria dos seus congéneres, a tendência de progressiva especialização e sub-especialização das profissões de saúde, decorrente da segmentação do conhecimento que se iniciou há cerca de um século (Frenk *et al*, 2010) deixa, hoje, a descoberto um grupo cada vez maior de necessidades assistenciais, resultantes da quarta transição epidemiológica em que predomina uma população envelhecida e afetada pela multi-morbilidade (Plocgh *et al*, 2011). Daqui decorrem constrangimentos de acesso, qualidade e eficiência que dificilmente poderão ser enfrentados sem discutir, entre outros aspetos, a reorganização do trabalho dos RHS em torno das necessidades da população e não das fronteiras tradicionais entre as profissões (Frenk *et al*, 2010; Plocgh *et al*, 2011).

A pesquisa permitiu perceber que, em Portugal, existe um relativo espaço social, normativo, político e nas preferências dos profissionais de saúde para a expansão do campo de exercício da profissão da enfermagem. Tal como diferentes países se encontram em diferentes estádios de discussão deste possível processo (Buchan *et al*,

2004), também no nosso país diferentes *stakeholders*, diferentes campos de atividades e diferentes equipas de saúde revelam distinto potencial de adesão a esta inovação, sugerindo-se que a estratégia mais adequada para avançar implica a aceitação de diferentes formas de distribuição do trabalho, da iniciativa das equipas profissionais, bem como a avaliação das experiências já existentes no terreno, sem prejuízo da necessidade de definição de um enquadramento adequado a prevenir a degradação da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente, através de protocolos de trabalho.

Não se ignoram as dificuldades subjacentes a uma opção deste tipo. Num cenário ideal, a revisão de um papel profissional deveria ser precedida da verificação cumulativa dos seus custo-efetividade, segurança e impacto positivo na satisfação de utentes e profissionais (Buchan *et al*, 2004); deveria também ser precedida de uma sequência de etapas em que o consenso dos *stakeholders* fosse obtido, a formação específica realizada, os mecanismos de compensação pela responsabilidade e o quadro regulatório definidos, apenas, então, se iniciando o desempenho profissional (Lukosius *et al*, 2004). Contudo, nem sempre a evidência disponível tem a desejada robustez (Buchan *et al*, 2004) ou o ciclo de implementação da mudança obedece às etapas lógicas definidas (Lukosius *et al*, 2004). Tal não justifica a inação. A necessidade de prover a um conjunto cada vez mais vasto de necessidades assistenciais não satisfeitas, com base no *skill mix* disponível na força de trabalho, deve constituir um argumento suficiente para iniciar o processo de revisão, sob pena de o sistema de saúde português abdicar de cumprir o seu primeiro objetivo – melhorar o estado de saúde das populações.

Esta investigação contribuiu para a produção de conhecimento sobre as barreiras e as oportunidades que, em termos sociais, normativos, políticos e de preferências dos profissionais de CSP, uma estratégia de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem enfrenta em Portugal, apoiando a formulação de políticas que, neste momento, o país parece pretender desenvolver.

A identificação e avaliação das iniciativas de redistribuição do trabalho entre as profissões médica e de enfermagem, já presentes no terreno e desconhecidas; a monitorização das experiências-piloto através das quais, até ao final de 2014, se

pretende implementar o papel do enfermeiro de família; a compreensão das necessidades de formação específica exigidas pelas novas formas de trabalhar; e, a análise do impacto, como ameaça ou oportunidade, de outros fatores contextuais (v.g., modelo de financiamento) sobre uma eventual opção política deste tipo são apenas algumas das necessidades de produção de evidência que esta investigação deixa em aberto.

3.3. Referências bibliográficas

- Abbott A. 1988. The system of professions: an essay on the division of expert labour. Chicago: University of Chicago Press.
- Administração Central do Sistema de Saúde. 2013. Monitorização mensal da actividade assistencial Julho 2013 [Em linha]. Disponível: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/julho_monitorização%20mensal%20atividade%20assistencial.pdf. [Acedido em 29 de dezembro de 2013]
- Barros PP, Machado SR, Simões JA. 2011. Portugal Health System Review [Em linha]. Health Systems in Transition. 2011, 13(4):1–156. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Benson D, Jordan A. 2011. What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh Revisited. Political Studies Review: 2011; (9): 366-378.
- Biscaia A, Conceição C, Martins J, Ferrinho P. 2003 Política e Gestão de Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. Revista Portuguesa de Clínica Geral; 2003 (19): 281-9.
- Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. 2008. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Policy Brief [Em linha]. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/75452/E93413.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Buchan J, Calman L. 2004. Skill-mix and policy changes in the health workforce: nurses in advanced roles [Em linha]. OECD Health Working Papers No. 17. OECD Publishing; 2004. Disponível: <http://www.oecd.org/health/health-systems/33857785.pdf>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra MG, Leone C, Siyam A, Cometto G. 2014. A universal truth: no health without a workforce [Em linha]. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.

- Disponível: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Canadian Nurse Practitioner Initiative. 2006. Implementation and Evaluation Toolkit for Nurse Practitioners in Canada. Ottawa: Canadian Nurses Association.
 - Crown J. 1999. Review of prescribing, supply and administration of medicines. Final report [Em linha]. [Accessed 13 February 2014] [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4077153.pdf]
 - Delamaire ML, Lafortune G. 2010. Nurses in Advanced Roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries [Em linha]. OECD Health Working Papers No. 54. France: OECD Publishing. Disponível: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/health/hwp\(2010\)5&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/health/hwp(2010)5&doclanguage=en). [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Department of Health. 2001. Changing Workforce Programme [Em linha]. Disponível: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058219.pdf. [Acedido em 10 de agosto de 2013].
 - Department of Health. 2003. Supplementary prescribing by nurses and pharmacists within the NHS in England. A guide for implementation [Em linha]. Disponível: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4068431.pdf. [Acedido em 10 de agosto de 2013].
- Department of Health, Agenda for Change Project Team. 2004. Agenda for Change. Final Agreement. [Em linha]. Disponível: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4099423.pdf. [Acedido em 8 de Agosto de 2013].
- Department of Health. 2010. Advanced Level Nursing: a position statement [Em linha]. Disponível:

- https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf. [Acedido em 22 de setembro de 2013].
- Direcção-Geral da Saúde. 2013. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Em linha]. Disponível: <http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>. [Acedido em 23 de agosto de 2014].
 - Dolowitz DP, Marsh D. 2000. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. *Governance*. 2000; 13: 5–25
 - Dubois CA, McKee, Nolte E. 2006. Human resources for health in Europe [Em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
 - Dubois CA, Singh D. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management [Em linha]. *Human Resources for Health*. 2009; 7:87. Disponível: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/87>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Dussault G, Dubois CA. 2003. Human resources for health: a critical component in health policies [Em linha]. *Human Resour Health*. 2003;1:1. Disponível: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-1.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Dussault G, Fronteira I. 2010. Recursos Humanos para a Saúde (RHS) Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Disponível: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/RHS-PT.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
 - Dussault G, Biscaia A, Craveiro I, Fronteira I, Lapão L, Temido M. 2014. Os Recursos Humanos da Saúde. *in* Campos AC, Simões J: 40 Anos de Abril na Saúde. Coimbra: Edições Almedina.
 - Entidade Reguladora da Saúde. 2011. Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].

- Fischer F, Miller GJ, Sidney MS. 2007. Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics and Methods. CRC Press.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world [Em linha]. Education of Health Professionals for the 21st century. Lancet 2010; 376: 1923–58. Disponível: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext?_eventId=login). [Acedido em 2 de agosto de 2014]
- Fundação Calouste Gulbenkian. 2014. Um Futuro para a Saúde. Todos temos um papel a desempenhar (Coordenação de Lord Nigel Crisp). Gráfica Maiadouro S.A.
- Governo de Portugal Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia, Banco Central Europeu. 2012. Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality. Fourth update [Em linha]. Lisboa: Governo de Portugal. Disponível: http://www.portugal.gov.pt/media/660539/4r_mou_20120627.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. 2011. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar: os cidadãos no centro do sistema: os profissionais no centro da mudança [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível: http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- International Council of Nurses. 2003. ICN Announces Position on Advanced Nursing Roles [Em linha]. Journal of Advanced Nursing. 2003; 41(6): 524–527. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02608.x/abstract>. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Lukosius BD, DiCenso. 2004. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. Journal of Advanced Nursing. 2004; 48: 530-540.
- Kaasaleinen S, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Harbman P, Bryant-Lukosius D, Donald T, Carter N, DiCenso A. 2010. A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada [Em linha]. Nursing Leadership. 2010; 23

- (Special Issue) 35-60. Disponível: <http://www.longwoods.com/content/22268>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Kingdon JW. 1995. Agenda, Alternatives and Public Policies. 2nd edition. New York: HarperCollins College Publishers.
 - Ministério da Saúde. 2013. Decreto-Lei n.º 94/2013, de 18 de julho [Em linha]. Diário da República, 1.ª série — N.º 137 — 18 de julho de 2013. Disponível: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/07/13700/0418404185.pdf>. [Acedido em 5 de outubro de 2014].
 - Ministério da Saúde. 2014. Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de Agosto [Em linha]. Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014. Disponível: <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/14900/0406904071.pdf>. [Acedido em 10 de agosto de 2014].
 - Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. 2012. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
 - Nelson S, Turnbull J, Bainbridge L, Caufield T, Hudson G, Kendel D, Mowat D, Nasmith L, Postl B, Shamian J, Sketris I. 2014. Optimizing scopes of practice. New models of care for a new health care system. Canadian Academy of Health Sciences; Ottawa: 2014.
 - NHS. 2000. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform [Em linha]. Disponível: <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsuk1.pdf>. [Acedido em 22 de agosto de 2014].
 - NHS. 2002. HR in the NHS Plan More staff working differently [Em linha]. Disponível: <http://www.healthcaresupply.org.uk/pdfs/hrinthenhsplan.pdf>. [Acedido em 10 de agosto de 2013].
 - Niezen MGH, Mathijssen JJP. 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 [Em linha]. Health Policy. 117 (2): 151–169. Disponível: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00115-8/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00115-8/abstract). [Acedido em 5 de outubro de 2014]

- OECD. 2014. Health at a Glance: Europe 2014 [Em linha]. OECD Indicators. OECD Publishing. Disponível: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en. [Acedido em 18 de dezembro de 2014].
- Ordem dos Enfermeiros. 2013. 15 Propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf. [Acedido em 31 de julho de 2014].
- Ordem dos Enfermeiros. 2014. Press release de 29 de julho de 2014 [Em linha]. Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Press-Release-Norma-para-calculo-de-dotacoes-seguras-sera-decisiva-para-dar-mais-saude-populacao.aspx>. [Acedido em 5 de outubro de 2014].
- Phillips RL, Harper DC, Wakefield M, Green LA, Fryer GE. 2002. Can nurse practitioners and physicians beat parochialism into plowshares? [Em linha]. Health Affairs; 21 (5): 133-142. Disponível: http://som202d.ucsd.edu/HCS%20Course%20PDFs/9_Plowshare.pdf. Acedido em 24 de agosto de 2014.
- Plochg T, Klazinga NS, Schoenstein M, Starfield B. 2011. Reconfiguring health professions in times of multi-morbidity: eight recommendations for change [Em linha]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Disponível: <http://www.oecd.org/els/health-systems/48130824.pdf>. [Acedido em 3 de agosto de 2014].
- Plochg T. 2013. Reconfiguring health professionalism towards addressing multimorbidity [Em linha]. Eurohealth International; 19 (2): 24-27. Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf. Acedido em 28 de agosto de 2014.
- Porter ME, Lee TH. 2013. The strategy that will fix health care. Harvard Business Review: 2-19.
- Pulcini J, Wagner M. sem data. Nurse practitioner education in the United States [Em linha]. Nurse Practitioner Education. Disponível: <http://international.aanp.org/pdf/pulciniarticle0305.pdf>. [Acedido em 4 de agosto de 2014].

- Richardson G, Maynard A. 1995. Fewer doctors? More nurses? A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution [Em linha]. Discussion paper 135. York: The Publications Office. Centre for Health Economics. University of York. Disponível:
<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%20135.pdf>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].
- Rose R. 1991. What is Lesson-Drawing? *Journal of Public Policy*; 11 (1): 3-30.
- Santana P. 2014. A Saúde dos Portugueses. 40 Anos de Abril na Saúde. *in* Campos AC, Simões J: 40 Anos de Abril na Saúde. Coimbra: Edições Almedina.
- Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. 2013. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary care – an integrative review. *BMC Family Practice* 2013; 14: 132.
- Scribner S, Brinkerhoff D. 2000. Policy Toolkit for Strengthening Health Sector Reform. Health Sector Reform Initiative [Em linha]. Disponível:
http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.healthsystems2020.org%2Ffiles%2F1002_file_lacpolicytoolkitforHSR_EN.pdf&ei=kvAmU4uzNeWa0QW05YDQDA&usg=AFQjCNG2cZBjX7JWvGONwG6kUO3HO9CZ2g&sig2=4HhnpkCZ4Xbzt0Gi4Y0NA. [Acedido em 12 de março de 2014].
- Stilwell B, Greenfield S, Drury VWM, Hull FM. 1987. A nurse practitioner in general practice: working style and pattern of consultations. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1987; 37: 154-7.
- The Association of Advanced Nursing Practice Educators. 2008. Briefing on Advanced Clinical Education and Prospective Professional Regulation [Em linha]. Disponível:
www.aanpe.org/LinkClick.aspx?fileticket=CwwV2XTtsXI%3D&tabid=1320&mid=2585&language=en-US. [Acedido em 21 de setembro de 2013]
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. 1986. Project 2000: a new preparation for practice [Em linha]. Disponível:
<http://www.nmc-uk.org/publications-/archived-publications/ukcc-archived-publications/>. [Acedido em 13 de fevereiro de 2014]

- Wilson A, Pearson D, Hassey A. 2002. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Family Practice – an international journal*. 9 (6): 641-6.
- WHO Regional Office for Europe. 2010 a). Portugal Health System Performance Assessment [Em linha]. Denmark. WHO Regional Office for Europe. Disponível: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- WHO Regional Office for Europe. 2010 b). Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010 [Em linha]. Denmark. WHO Regional Office for Europe. Disponível: <http://pns.dgs.pt/files/2011/01/avaext.pdf>. [Acedido em 7 de agosto de 2014].
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. 2004. Imbalance in the health workforce [Em linha]. *Human Resources for Health*. 2004, 2:13. Disponível: <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13>. [Acedido em 2 de agosto de 2014].

4. ANEXOS

Anexo 1 – Objetivos, métodos, materiais e instrumentos dos estudos

Objetivos gerais e específicos	Métodos	Materiais	Instrumentos
<p>Estudo 1</p> <p>Analisar a aceitabilidade social de uma modificação do <i>skill mix</i> entre médicos e enfermeiros em Portugal pela via da expansão do campo de exercício da enfermagem.</p> <p>→ Compreender as perceções dos <i>stakeholders</i> sobre a adequação ao sistema de saúde português de uma modificação do <i>skill mix</i> entre médicos e enfermeiros.</p> <p>→ Contribuir para desenhar uma estratégia adequada a enfrentar as ameaças e a aproveitar as oportunidades percebidas relativamente a este tipo de alteração.</p>	<p>Análise documental.</p> <p>Entrevistas semi-estruturadas.</p> <p>Questionário electrónico.</p> <p><i>Workshop</i> técnico.</p>	<p>Corpus documental.</p> <p>Transcrição de entrevistas.</p> <p>Resultados do inquérito.</p> <p>Relatório de <i>workshop</i> técnico.</p>	<p>Guião de entrevistas semi-estruturadas.</p> <p>Inquérito electrónico.</p>
<p>Estudo 2</p> <p>Analisar a exequibilidade normativa de uma expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal.</p> <p>→ Compreender o quadro normativo do exercício da profissão de enfermagem para, por referência à profissão médica, sinalizar as competências partilhadas e proibidas.</p> <p>→ Identificar situações em que o papel dos enfermeiros se modificou por via de um processo de evolução incremental.</p> <p>→ Contribuir para identificar a eventual necessidade de mudanças normativas para uma alteração da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros.</p>	<p>Análise documental.</p>	<p><i>Corpus</i> documental.</p>	<p>Grelha de registo dos temas.</p>
<p>Estudo 3</p>			

<p>Analisar o processo de formulação de uma política de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem e retirar lições para informar a decisão em Portugal.</p> <p>→ Compreender as políticas de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem desenhadas e implementadas na Inglaterra entre 2000 e 2010.</p> <p>→ Aprender lições dessa experiência que contribuam o desenvolvimento de um processo político adequado ao contexto português.</p>	<p>Estudo de caso.</p> <p>Análise documental.</p> <p>Entrevistas semi-estruturadas.</p>	<p><i>Corpus</i> documental.</p> <p>Transcrição de entrevistas.</p>	<p>Grelha de registo dos temas.</p> <p>Guião de entrevista</p>
<p>Estudo 4</p> <p>Analisar as preferências dos profissionais dos CSP em Portugal relativamente à expansão do papel do enfermeiro.</p> <p>→ Compreender as perceções dos médicos e enfermeiros de família portugueses sobre as necessidades assistenciais a satisfazer, os problemas a enfrentar, os objetivos a atingir e as novas formas de trabalhar mediante um possível alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP.</p> <p>→ Contribuir para a formulação de uma estratégia de expansão do campo de exercício da enfermagem de saúde familiar que incorpore as preferências dos profissionais.</p>	<p>Grupos focais.</p>	<p>Transcrição de grupos focais e de entrevista-semiestruturada.</p>	<p>Guião de grupo focal.</p>

Anexo 2 – Estudo 1: Guião de entrevista semi-estruturada

Questões	<i>Probes específicas</i>
No atual contexto do sistema de saúde português, parece-lhe oportuno que se inicie uma discussão sobre a revisão da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros?	<ul style="list-style-type: none"> • Referiu as oportunidades. Quer referir agora as ameaças? • Referiu as ameaças. Quer referir agora as oportunidades? • Identifica outras oportunidades? • Identifica outras ameaças? • Portanto, diria que esta é uma discussão (in)oportuna?
Na sua perspetiva qual seria o melhor caminho para iniciar esta discussão, designadamente, em termos de quem a deveria conduzir, quem deveria ser envolvido, por que área assistencial se deveria começar, que cautelas ter?	<ul style="list-style-type: none"> • Referiu quem lhe parece que deveria conduzir a discussão. E quem lhe parece que deveriam ser os envolvidos? • Referiu quem lhe parece que deveriam ser os envolvidos. E quem lhe parece que deveria conduzir a discussão? • E que lhe parece de a discussão ser focada numa abordagem pelo contexto de cuidados (v.g., CSP, urgência)? • E que lhe parece de a discussão ser focada numa abordagem pela doença (v.g., diabetes, obesidade)? • E que lhe parece de a discussão ser focada numa abordagem pelo leque de atividades (v.g., prescrição farmacológica)? • E que cautelas deveriam presidir a esta discussão?
Como é que encara a atual combinação de papéis entre médicos e enfermeiros?	<ul style="list-style-type: none"> • Portanto, face às suas atuais competências, os enfermeiros estão/não estão bem aproveitados?
Como é que acha que essa combinação de papéis entre médicos e enfermeiros se poderia fazer no futuro e que alterações seriam necessárias?	<ul style="list-style-type: none"> • Que lhe parece o alargamento das atribuições inscritas no conteúdo profissional dos enfermeiros? • Referiu como é que acha que a combinação

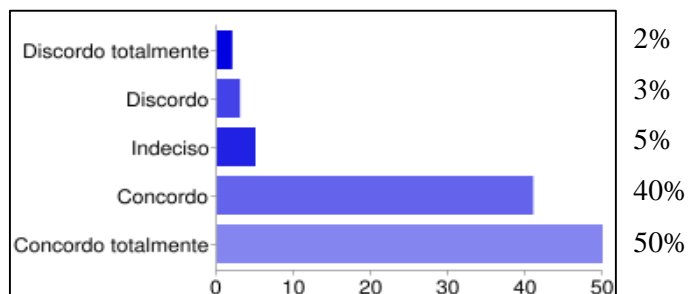
	<p>de papéis entre médicos e enfermeiros se poderia fazer no futuro. E que alterações seria necessário fazer para que isso se verificasse?</p> <ul style="list-style-type: none">• E alterações dos quadros legal e regulatório?• E mudança dos <i>curricula</i>?
<i>Probes genéricas</i>	
<ul style="list-style-type: none">• Como assim?• Pode especificar um pouco melhor?	

Anexo 3 – Estudo 1: Inquérito eletrónico

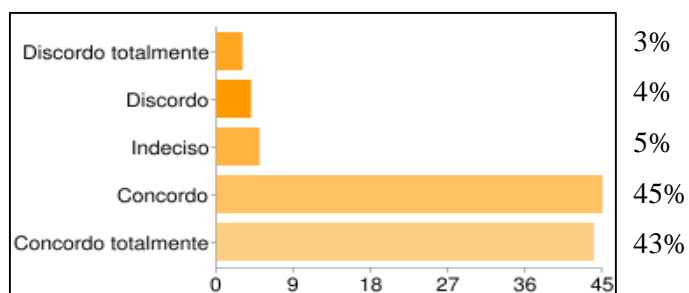
Perguntas fechadas
1. A discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem é relevante para melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde.
2. De entre as tarefas habitualmente executadas pelos médicos há algumas que poderiam passar a ser executadas por enfermeiros devidamente formados.
3. As ordens profissionais (ordem dos médicos e ordem dos enfermeiros) devem sempre ter a última palavra nesta na discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem.
4. A discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem deve iniciar-se pela prática de enfermagem em cuidados de saúde primários.
5. A expansão das competências dos enfermeiros comporta riscos e oportunidades.
6. As oportunidades criadas pela evolução das competências dos enfermeiros superam os riscos.
7. A expansão das competências dos enfermeiros permite substituir factores de produção por outros mais baratos.
8. A alteração do quadro legal (regulação do exercício profissional e código deontológico) é o principal requisito para proceder à implementação das práticas avançadas de enfermagem.
9. O desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem pressupõe, necessariamente, a introdução de formação e treino específicos.
10. O desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem pressupõe a introdução de mecanismos de certificação de competências.
Perguntas abertas
1. Quais são na sua opinião as competências médicas que podem ser expandidas?
2. Quais são os principais constrangimentos que dificultam a expansão das competências dos enfermeiros?

Anexo 4 – Estudo 1: Resultados do inquérito eletrónico

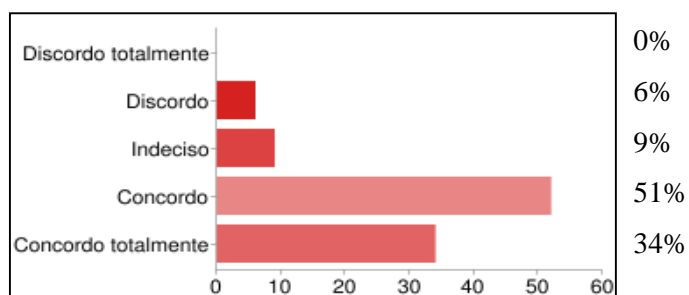
1. A discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem é relevante para melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde.



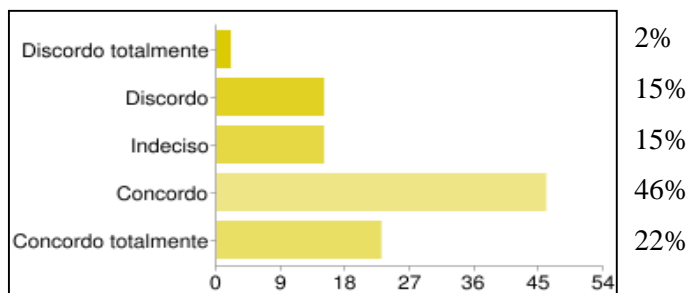
2. De entre as tarefas habitualmente executadas pelos médicos há algumas que poderiam passar a ser executadas por enfermeiros devidamente formados.



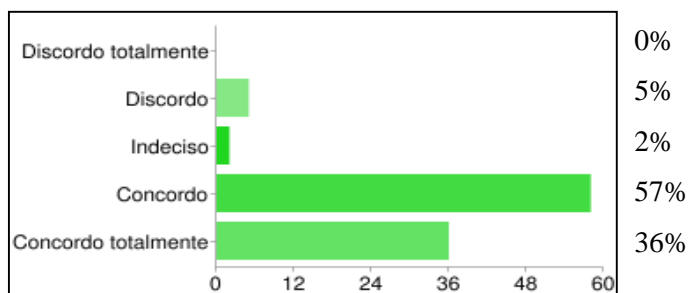
3. As ordens profissionais devem sempre ter a última palavra na discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem.



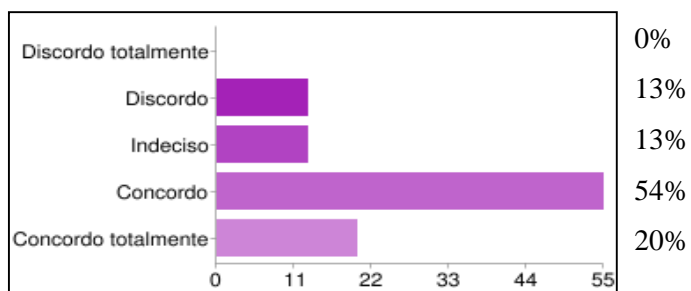
4. A discussão sobre o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem deve iniciar-se pela prática de enfermagem em cuidados de saúde primários.



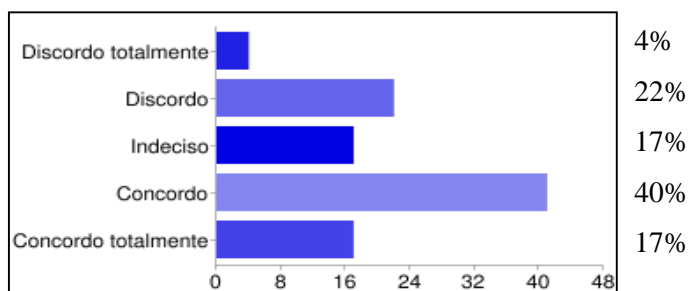
5. A expansão das competências dos enfermeiros comporta riscos e oportunidades.



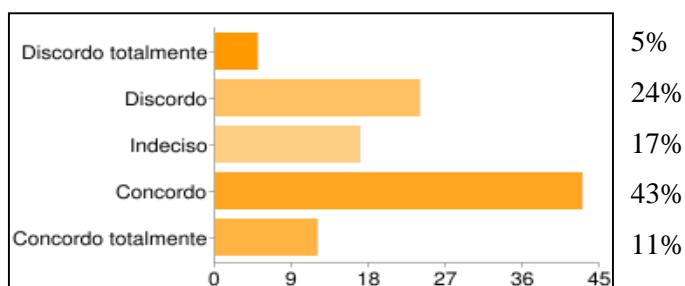
6. As oportunidades criadas pela evolução das competências dos enfermeiros superam os riscos.



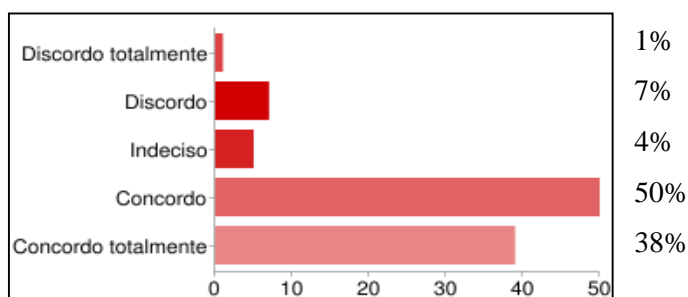
7. A expansão das competências dos enfermeiros permite substituir factores de produção por outros mais baratos.



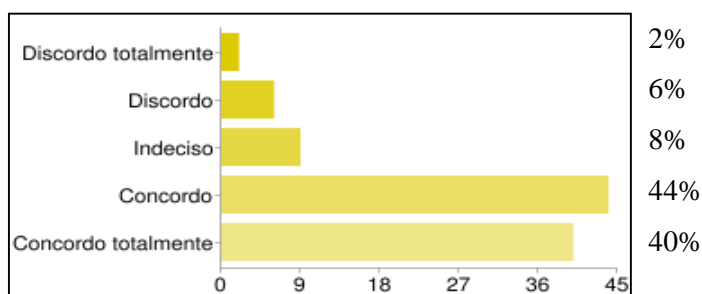
8. A alteração do quadro legal é o principal requisito para proceder à implementação das práticas avançadas de enfermagem.



9. O desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem pressupõe, necessariamente, a introdução de formação e treino específicos.



10. O desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem pressupõe a introdução de mecanismos de certificação de competências.



1. Quais são na sua opinião as competências médicas que podem ser expandidas?

- Execução de alguns dos procedimentos de vigilância de saúde infantil e de saúde materna no âmbito dos cuidados primários;
- Prescrição de alguns exames complementares de diagnóstico;
- Prescrição de alguns medicamentos;

-
- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Gestão integrada da doença;– Gestão da doença crónica (diabetes, hipertensão, etc);– Gestão da gravidez;– Gestão da prescrição. |
| <p>2. Quais são os principais constrangimentos que dificultam a expansão das competências dos enfermeiros?</p> <ul style="list-style-type: none">– Aceitação por parte da classe médica;– Clarificação de competências e aprovação do acto médico;– Receio da sua implementação sem a necessária garantia da segurança do doente e qualidade da prestação;– Formação e treino específicos;– Incentivo financeiro e organizacional– Visibilidade dos cuidados de enfermagem e aceitação por parte dos médicos desta partilha e do trabalho em equipa efectivo. |

Anexo 5 – Estudo 3: Guião de entrevista semi-estruturada

Questões
<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="261 338 1401 421">1. Focusing on the period in research, in your point of view, what were the main contextual drivers of the process of broadening the nurses' scope of practice?<li data-bbox="261 488 1401 622">2. "Working differently to improve care" was the central concept in the human resources policy documents from this period. Looking back, what were the main new ideas that shaped the development of advanced level nursing?<li data-bbox="261 689 1401 824">3. What were the main institutional actors' involved? Who drove the process? Who defined the strategy? Who worked towards achieving the goals? Who hindered the policy application?<li data-bbox="261 891 1401 974">4. In terms of policy tools, namely legal changings, education programmes,..., what were the three main levers of the ten year's strategy?<li data-bbox="261 1041 1401 1077">5. Retrospectively, what do you think that were the main unsolved problems?

Anexo 6 – Estudo 4: Guião de grupo focal

Introdução (+/- 15 min)
<p>Agradecer participação e esclarecer dúvidas.</p> <p>Recolher consentimentos informados e entregar cópia.</p> <p>Relembrar os objetivos do estudo.</p> <p>Relembrar as regras da discussão.</p>
Warm up (+/- 15 min)
<p>Recolha estruturada de elementos de identificação (ficha de caracterização demográfica e profissional).</p> <p><i>Warm up</i></p> <p>Numa entrevista recente ao Jornal i, um jovem médico português, Francisco Goiana da Silva, pronunciava-se assim quanto às resistências de alguns sectores da sociedade portuguesa em relação à atribuição de um campo de exercício mais amplo ao enfermeiro de família: “Se os médicos lá fora lidam com esta realidade com grandes ganhos para os doentes, porque é que nós não havemos de conseguir? (...) Uma boa comunicação é essencial. A definição das competências é muito importante e é certo que terá de haver uma articulação muito boa entre estes enfermeiros que devem passar a ser a linha da frente dos centros de saúde.” Da experiência que têm como equipa de saúde familiar, parece-lhes que a atribuição de maior autonomia clínica aos enfermeiros a trabalhar em CSP poderia, de facto, trazer ganhos para os doentes?</p>
Discussão (+/- 60 min)
<p>Cenário 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como é conhecido, Portugal foi um dos países europeus que assumiu o compromisso de apoiar a criação do enfermeiro de família. Recentemente, o Ministério da Saúde constituiu um grupo de trabalho para preparar a legislação sobre a metodologia de ação deste enfermeiro. [Em agosto de 2014 foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família].* À data, os resultados desta iniciativa são ainda desconhecidos. Um dos aspetos que poderia ser ponderado, neste contexto, seria o de atribuir ao enfermeiro de família um âmbito de exercício mais alargado. <p>Gostávamos de lhes pedir que se imaginassem na posição de equipa de aconselhamento do Ministério da Saúde. O que recomendariam em relação ao âmbito de intervenção do enfermeiro de família numa lógica de melhoria da resposta às necessidades em saúde?</p> <p>Cenário 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • No princípio da década de 80, no Reino Unido, num centro de saúde com 2 médicos e uma lista de 4.728 utentes, foi conduzido um projeto-piloto que contou com o apoio da

Faculdade de Medicina da Universidade de Birmingham. Uma enfermeira com 14 anos de experiência profissional (10 anos em cuidados hospitalares e 4 anos como *health visitor*) recebeu treino específico para poder trabalhar com maior autonomia (primeiro exame de doentes, despistagem de alterações do estado de saúde e gestão de doenças agudas e crónicas comuns); todos os seus processos de trabalho foram protocolados. Aquando da admissão no centro de saúde, os doentes da lista de utentes que procuravam agendar uma consulta eram questionados sobre se pretendiam ser inscritos para atendimento por um dos dois médicos ou por esta enfermeira clínica. Enquanto fazia consulta, a enfermeira clínica contava sempre com a supervisão dos médicos da equipa, designadamente, para referenciar doentes no imediato ou para apresentar a necessidade de receituário farmacológico que não tinha autonomia para prescrever.

Gostávamos de lhes pedir que imaginassem que se propunha a esta equipa que aderisse a um projeto-piloto deste tipo. Da experiência que têm como equipa de saúde familiar, que aspetos mais os entusiasmariam?

*Descritivo utilizado nos últimos dois dos quatro grupos focais e na entrevista.

Anexo 7 – Estudo 4: Ficha de caracterização demográfica e profissional

Por favor, assinale com uma cruz (X) a sua situação face a cada uma das perguntas infra.

I. Sexo

1	Feminino	
2	Masculino	

II. Grupo etário

1	2	3	4	5	6	7	8	9
$\geq 20 < 25$	$\geq 25 < 30$	$\geq 30 < 35$	$\geq 35 < 40$	$\geq 40 < 45$	$\geq 45 < 50$	$\geq 50 < 55$	$\geq 55 < 60$	$\geq 60 < 65$

III. Grupo profissional

1	Médico	
2	Enfermeiro	

IV. Grau académico

1	Licenciatura	
2	Mestrado	
3	Doutoramento	

V. Especialidade

1	Sem especialidade	
2	Com especialidade	

VI. Anos de trabalho em cuidados de saúde primários

1	2	3	4	5	6
< 2	$\geq 2 < 6$	$\geq 6 < 9$	$\geq 9 < 12$	$\geq 12 < 15$	≥ 15

VII. Anos de trabalho nesta USF

1	2	3	4
< 2	$\geq 2 < 4$	$\geq 4 < 6$	≥ 6

Obrigada!