



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**Prática Avançada de Enfermagem em Portugal:
Uma análise da Aceitabilidade**

Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes

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

JULHO, 2021



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Prática Avançada de Enfermagem em Portugal:
Uma análise da Aceitabilidade**

Autor: Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes

Orientador: Professora Doutora Inês Fronteira

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, Especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento

ELEMENTOS BIBLIOGRÁFICOS

Comunicações Orais

- Advanced Practice Nursing in Portugal: An analysis of The Acceptability. International Webinar on Nursing Care and Advanced nursing, Nursing Practice Conferences 2021, a 20 de Maio de 2021.
- Advanced Practice Nursing in Portugal: Where do We Stand? International Webinar on Nursing Care and Advanced nursing, Nursing Practice Conferences 2021, a 19 de Maio de 2021.
- Prática Avançada de Enfermagem em Portugal: Uma análise da Aceitabilidade. XI Jornadas Científicas do IHMT, 10 Dezembro de 2020
- Prática Avançada de Enfermagem em Hemodiálise em Portugal - Aceitabilidade pelos Enfermeiros Especialistas. 15º Encontro Regional APEDT. “Novas estratégias no cuidar em Nefrologia”. Castelo Branco, 21 de Outubro de 2017
- Prática Avançada em Enfermagem em UCI em Portugal – Mito ou realidade? – VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva: O contínuo de Cuidados na UCI – Da comunidade à UCI - da UCI à Comunidade. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). FIL, 23 Setembro de 2017.
- Colaboração no módulo Human Resources for Health Policies 2nd edition 2016/2017 com o tema Skill Mix and Advanced Practice – Lessons from Advanced Practice Nurse. IHMT UNL. 6 Julho 2017.
- “Implementing Advanced Practice Nursing in Portuguese ICUs? – Lessons from within”. IV Congresso Internacional Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, realizado no(s) Cinemas NOS NorteShopping, no(s) dia(s) 20 e 21 de Fevereiro de 2017.
- “Prática Avançada de Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos em Portugal – Mito ou Realidade?” “VIII Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva”, realizadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, de 22 e 23 de Setembro de 2017, em Lisboa.
- “Nurse specialist – Advance Practice Nursing in the ICU?” Symposium de Medicina Intensiva do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. LISBOA, 27 de Janeiro de 2017. Grande auditório do Edifício Egas Moniz Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Postéres

- “Implementing Advanced Practice nursing in Portugal – An analysis of the acceptability by specialist nurses”. X Jornadas científicas do IHMT 12 Dezembro de 2019.
- Implementação de “Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – A posição dos Enfermeiros Especialistas”. VIII Jornadas Científicas do IHMT. 12 Dezembro de 2017
- Advanced practice nursing in Portuguese ICU’s? – Lessons from within”. VII Jornadas Científicas do IHMT. 12 Dezembro de 2016

*“Patients, in all settings, deserve care that is centered on their unique needs and not what is most convenient for the health professionals involved in their care. A transformed health care system is required to achieve this goal. Transforming the health care system will in turn require a fundamental rethinking of the roles of many health professionals, including nurses. ... Nurses have the opportunity to play a central role in transforming the health care system to create a more accessible, high-quality, and value-driven environment for patients. If the system is to capitalize on this opportunity, however, the constraints of outdated policies, regulations, and cultural barriers, including those related to scope of practice, will have to be lifted, most notably for advanced practice registered nurses ... **Nurses should practice to the full extent of their education and training.**”*

IOM. 2011. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas, Isabel e Maria, por todo o tempo que lhes roubei e que não voltamos a ter.

Ao Armando, por deixar em *standby* os seus sonhos para que eu possa viver os meus.

Aos meus pais, Gravelina e Fernando Fonseca, pelo apoio incondicional.

À minha irmã, Sandra Harrison, por acreditar.

Às minhas sobrinhas, Emma, Lidia, Clara e Sofia Harrison, Raquel, Joana e Daniela Nunes, por colorirem os meus dias.

Aos enfermeiros do SNS pelo serviço abnegado.

AGRADECIMENTOS

À Professora Inês Fronteira, orientadora deste doutoramento, pelo seu apoio incondicional e por ter aceite 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 relacionados com o tema em estudo tornaram possível chegar até aqui. Obrigada, Professora Inês!

A todos os professores do programa de doutoramento em Saúde Internacional 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 vossa aluna.

Aos co-autores dos estudos elaborados ao longo do programa de doutoramento, Tiago Correia, Marta Temido, Gilles Dussault, Inês Gomes e Mário Augusto pela oportunidade de crescimento científico que me proporcionaram e pela partilha.

À Ordem dos Enfermeiros pelo precioso e inestimável auxílio na divulgação e disponibilização *online* dos questionários aos Enfermeiros Especialistas.

A todos os Enfermeiros Especialistas que disponibilizaram do seu precioso tempo para responderem e divulgarem junto dos seus pares o questionário “Aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada de Enfermagem, pelos Enfermeiros Especialistas, em Portugal”. Sem o vosso contributo o presente trabalho não teria sido, de todo, exequível.

A todos aqueles que, de uma forma ou outra, deram o seu contributo para a realização do presente trabalho de investigação. Bem hajam pela partilha dos vossos conhecimentos, opiniões e *insights*.

Aos meus pais pelo amor, carinho, preciosa e inestimável ajuda ao longo destes anos.

Às amigas que estiveram sempre presentes ao longo deste percurso e me incentivaram nos momentos de cansaço e desânimo, Clara Castanheira, Cláudia Santos, Isabel Cardoso, Helda Azevedo, Patrícia Fernandes e Sónia Lima. Obrigada!

Ao meu marido, Armando, pela paciência e amor incondicional.

Às minhas filhas Isabel e Maria. Não existem palavras para exprimir a minha profunda gratidão pela vossa compreensão por todos os momentos de ausência, aventuras adiadas e por tudo de que abdicaram.

RESUMO

Introdução:

A pertinência da implementação de Prática Avançada de Enfermagem (PAE) em Portugal, tendo em vista a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, a acessibilidade e a satisfação de utentes e profissionais, tem vindo a ganhar destaque e relevância. Contudo a viabilidade da implementação de uma política de saúde que compreende uma possível expansão do âmbito de exercício de uma profissão está condicionada por vários fatores de contexto que não podem ser subestimados, nomeadamente a aceitabilidade social e as preferências dos profissionais de saúde.

Objetivos:

A presente tese tem como objetivo geral contribuir para a discussão da pertinência e viabilidade da implementação de PAE em Portugal. Para tal propôs-se conhecer crenças e atitudes dos Enfermeiros Especialistas (EE) face à implementação de PAE e analisar o impacto das mesmas na aceitabilidade de desempenho desta prática no âmbito do exercício profissional.

Métodos:

A tese consubstancia-se na compilação de quatro estudos, uma *scoping review*, que teve como objectivo conceptualizar a PAE a nível internacional e servir de base à elaboração de um questionário para determinar a aceitabilidade de desempenho de PAE, dois estudos quantitativos, um observacional descritivo e o outro psicométrico, ambos de corte transversal, que compreenderam a elaboração, aplicação e posterior validação de um instrumento de recolha de informação referente à aceitabilidade e disponibilidade de desempenho de PAE por EE, e um quarto estudo que se propôs explorar um modelo preditivo da aceitabilidade de desempenho de PAE por EE em Portugal.

Resultados:

A implementação de PAE em Portugal parece estar dependente da obtenção de consenso entre *stakeholders*, da aplicação de legislação em vigor, do desenvolvimento de regulação adicional e criação de incentivos que viabilizem e promovam uma prática mais expandida da enfermagem, pese embora parte das funções atribuídas e desempenhadas pelos EE em Portugal parecerem, à luz da conceptualização internacional, inserir-se no âmbito da PAE; A análise do questionário aplicado a 372 EE demonstrou que apenas 69% dos EE exerce a sua especialidade, sendo que os que não o fazem evocam motivos de natureza financeira e organizacional. A maioria dos EE (80%) referem que existem tarefas médicas que

poderiam ser delegadas a enfermeiros e acreditam que a implementação de PAE em Portugal promoveria a eficiência (90%), a acessibilidade a serviços de saúde (84%), e produtividade (87%). Os respondentes assentem que a implementação de PAE em Portugal é pertinente (86%) e viável (70%), e 83% concorda que a PAE deveria ser implementada em Portugal. 89% dos EE aceitaria desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade.

A análise de Componentes Principais, realizada para a validação do instrumento de recolha de dados (ECA-PAE), evidenciou um instrumento válido para caracterizar e diferenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE em contextos clínicos, de docência e de investigação, e para avaliar crenças e atitudes dos EE face à implementação de PAE em Portugal.

A exploração de um modelo preditivo da aceitabilidade de desempenho de PAE evidenciou que 67% da variância na aceitabilidade de desempenho de PAE é explicada pelas crenças relativas ao impacto e contributo da PAE no sistema de saúde, pelo que estas deverão ser acautelados quando do desenho de uma política de revisão de competências e distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros.

Conclusão:

Parece ser consensual, para os EE, que a implementação de PAE em Portugal é pertinente e viável, e que, embora existam barreiras à mesma, estas podem ser ultrapassadas através de uma forte liderança e de um compromisso político que assegure o desenvolvimento e desempenho de uma PAE autónoma e independente, e que garanta uma remuneração que se coadune com a responsabilidade inerente às funções a serem desempenhadas. Tal potenciaria a aceitabilidade de desempenho de PAE, viabilizaria e promoveria o sucesso de uma política de RHS desta natureza.

Palavras- chave: Políticas de Saúde, Recursos Humanos de saúde; Prática avançada de enfermagem, Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

Background:

The implementation of Advanced Practice Nursing (APN) in Portugal, aiming to increase the sustainability of the health system, its accessibility and the satisfaction of users and professionals, has been gaining prominence and relevance. However, the feasibility of implementing a health policy that includes a possible expansion of the scope of practice of a profession is conditioned by several contextual factors that cannot be underestimated, namely the social acceptability and preferences of healthcare professionals.

Objetives:

This thesis aims to contribute to the discussion of the relevance and feasibility of the implementation of APN in Portugal. To this end, it was designed to gather knowledge on the beliefs and attitudes of Specialist Nurses (SN) regarding the implementation of APN and to analyze their impact on the acceptability of performance of this practice in their professional settings.

Methods:

The thesis is based on the compilation of four studies: a scoping review, which aimed to understand the conceptualization of APN at the international level and to frame the elaboration of a questionnaire to determine the acceptability of APN performance; two quantitative studies, one observational descriptive and the other psychometric, both cross-sectional, which included the elaboration, application and subsequent validation of a questionnaire designed to determine the acceptability and availability of APN, and its subsequent validation, and a fourth study to explore a predictive model of APN performance acceptability by SN in Portugal.

Results:

The implementation of PAE in Portugal seems to be dependent on the consensus of stakeholders, the application of current legislation, the development of additional regulation and the creation of incentives that enable and promote a more expanded practice of nursing, despite part of the functions assigned and performed by SN in Portugal seem to fall within the scope of APN international conceptualization.

The analysis of the questionnaire applied to 372 SN showed that only 69% exercise their specialty, and those who do not evoke financial and organizational reasons. Most SN (80%) report that there are medical tasks that could be delegated to nurses and believe

that the implementation of APN in Portugal promotes efficiency (90%), accessibility to health services (84%), and team productivity (87%). Respondents agree that the implementation of APN in Portugal is relevant (86%) and viable (70%), and 83% agree that APN should be implemented in Portugal. Eighty-nine percent of SN would accept to perform APN within the scope of their specialty. The Principal Components Analysis (PCA) carried out for the validation of the data collection instrument (ECA-PAE) showed a valid instrument to characterize and differentiate the acceptability of APN performance in clinical, teaching and research contexts and to assess the beliefs and attitudes of SN regarding the implementation of APN in Portugal.

The exploration of a predictive model of the acceptability of APN performance showed that 67% of the variance in the acceptability of APN performance is explained by beliefs regarding the impact and contribution of PAE in the health system,. Therefore care should be taken when drawing up a policy for reviewing competences and allocating tasks between doctors and nurses.

Conclusion:

There seems to be a consensus among SN that the implementation of APN in Portugal is relevant and feasible, and that although there are barriers to it, these can be overcome by strong leadership and a political commitment that ensures the development and performance of an autonomous and independent ANP with remuneration in line with the responsibility inherent to the tasks to be performed. This would enhance the acceptability of APN performance, enable, and promote the success of such an HRH policy.

Keywords: Health Policies, Human Resources for Health; Advanced Practice Nursing, Specialist Nurse.

ÍNDICE

<i>ELEMENTOS BIBLIOGRÁFICOS</i>	<i>i</i>
<i>DEDICATÓRIA</i>	<i>iii</i>
<i>AGRADECIMENTOS</i>	<i>iv</i>
<i>RESUMO</i>	<i>v</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>vii</i>
<i>ÍNDICE</i>	<i>ix</i>
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i>	<i>xi</i>
<i>ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS</i>	<i>xii</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÓNIMOS</i>	<i>xiv</i>
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. <i>Relevância do tema</i>	4
1.2. <i>Conceitos e estado da arte</i>	11
1.2.1. <i>Políticas de recursos humanos da saúde</i>	11
1.2.2. <i>Combinação de recursos humanos em saúde</i>	13
1.2.3. <i>Conceito de skill mix</i>	14
1.2.4. <i>Motivos inerentes às iniciativas de avaliação e modificação de skill mix</i>	15
1.2.5. <i>Estratégias de modificação de skill mix</i>	18
1.2.6. <i>Skill mix e Task shifting</i>	21
1.2.7. <i>Prática Avançada de Enfermagem</i>	22
1.2.8. <i>Barreira e alavancas às estratégias de modificações de skill mix</i>	25
1.2.9. <i>Implementação de estratégias de skill mix na prática</i>	33
1.2.10. <i>Indicações para revisão de skill mix entre médicos e enfermeiros</i>	35
1.2.11. <i>Breve diagnóstico e análise da situação em Portugal</i>	39
1.3. <i>Questões de Investigação</i>	49
1.3.1 <i>Estudo 1 - Conceptualização de Prática Avançada de Enfermagem</i>	49
1.3.2 <i>Estudo 2 - Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade</i>	49
1.3.3 <i>Estudo 3 - Validação de Instrumento de recolha de dados</i>	49
1.3.4 <i>Estudo 4 - Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal</i>	50
1.4 <i>Objectivos</i>	50
1.4.1 <i>Objectivo Geral</i>	50
1.4.2 <i>Objectivos Específicos</i>	51

<i>1.4.2.1 Estudo 1 – Conceptualização de Prática Avançada de Enfermagem</i>	51
<i>1.4.2.2 Estudo 2 – Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade</i>	51
<i>1.4.2.3 Estudo 3 – Validação do instrumento de recolha de dados</i>	52
<i>1.4.2.4 Estudo 4 – Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal</i>	52
2. MATERIAL E MÉTODOS	53
<i>2.1 Conceptualização do Estudo</i>	54
<i>2.2 Estudo 1 – Conceptualização de Prática Avançada de Enfermagem</i>	55
<i>2.3 Estudo 2 – Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade</i>	67
<i>2.4 Estudo 3 – Validação do Instrumento de recolha de dados</i>	71
<i>2.5 Estudo 4 – Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal</i>	76
3. RESULTADOS	81
<i>3.1 Estudo I - Prática Avançada em Enfermagem: clarificando o conceito à luz da bibliografia internacional.</i>	81
<i>3.2 Estudo II – Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade</i>	123
<i>3.3 Estudo III – Validação de um instrumento de recolha de dados para avaliar a aceitabilidade de desempenho de PAE por enfermeiros em Portugal.</i>	158
<i>3.4 Estudo IV - Preditores de aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal</i>	174
4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	195
<i>4.1 Conceptualização da PAE e Ponto de Situação da implementação da mesma em Portugal</i>	195
<i>4.2 Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade</i>	199
<i>4.3 Instrumento de Colheita de Dados</i>	205
<i>4.4 Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal</i>	206
<i>4.5 Limitações metodológicas</i>	209
<i>4.6 Implicações para políticas futuras</i>	211
<i>4.7 Conclusões</i>	217
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	220
6. ANEXOS	250
<i>Anexo I – Lista de documentos Internacionais selecionados para análise de conteúdo</i>	250
<i>Anexo II – Instrumento de Colheita de Dados</i>	319
<i>Anexo III – Parecer do Conselho de ética do IHMT – UNL</i>	332

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Alavancas políticas para moldar os mercados de trabalho de saúde	6
Figura 2 - Relação entre necessidades e recursos no sector da saúde	11
Figura 3 - RHS - Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade, Qualidade	12
Figura 4 - Task Shifting: A ampliação dos RHS	22
Figura 5 - Ciclo de avaliação do <i>skill mix</i>	35
Figura 6 - Médicos/1.000 habitantes, Países OCDE	37
Figura 7 - Enfermeiros/1.000 habitantes, Países OCDE	38
Figura 8 - Rácio enfermeiros/médicos, Europa (2018 ou ano mais próximo)	38
Figura 9 - Índice de envelhecimento Portugal	41
Figura 10 - População residente com Ensino Superior completo	41
Figura 11 - Custos com a saúde em % PIB, Europa	43
Figura 12 - Custos com saúde em dólares dos USA per capita	43
Figura 13 - Fluxograma de Investigação e seus objetivos	54
Figura 14 - Diagrama de fluxo PRISMA para o processo da <i>scoping review</i>	60
Figura 15 - Gráfico de declividade (screplot)	169

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Determinantes de iniciativas de modificação de skill mix e respostas	17
Tabela 2 - Categorização das iniciativas de Skill Mix	19
Tabela 3 - Factores de contexto na modificação de skill mix.	26
Tabela 4 - Resultados da pesquisa de artigos por base de dados	59
Tabela 5 - Documentos Internacionais selecionados para análise de conteúdo	61
Tabela 6 - Documentos Nacionais selecionados para análise de conteúdo	65
Tabela 7 - Variáveis utilizadas na Análise de Componentes Principais	74
Tabela 8. Variáveis em Estudo	78
Tabela 9 - Comunalidades da Prática Avançada Enfermagem	86
Tabela 10 - Características sociodemográficas da amostra	128
Tabela 11 - Funções consideradas inerentes à PAE pelos EE	130
Tabela 12 – Posição EE relativamente à delegação de competências e task shifting	134
Tabela 13 – Principais alavancas para a implementação de PAE em Portugal	138
Tabela 14 - Condicionantes da aceitabilidade de desempenho de PAE pelos EE	140
Tabela 15 - Reflexão sobre a prática profissional diária	142
Tabela 16 - Funções que fazem parte do quotidiano profissional dos EE	144
Tabela 17 - Disponibilidade para o desempenho de uma prática expandida	146
Tabela 18 - Factores com maior contributo para a satisfação profissional	149
Tabela 19 - Composição do instrumento administrado	161
Tabela 20 - Estatística descritiva dos itens da ECA-PAE	165
Tabela 21 - Estrutura final da ECA-PAE	168
Tabela 22 - Matriz de Correlação entre as componentes da ECA-PAE	170
Tabela 23 - Fiabilidade das subescalas da ECA-PAE	171
Tabela 24 - Resultados da amostra total das dimensões da ECA-PAE	172
Tabela 25 - Descrição dos itens que compõe cada dimensão da ECA-PAE	178

Tabela 26 - Aceitabilidade da PAE em função dos fatores sociodemográficos	181
Tabela 27 - Aceitabilidade da PAE em função fatores profissionais em estudo	182
Tabela 28 - Associação entre familiaridade e a aceitabilidade da PAE	183
Tabela 29. Associação entre condições facilitadoras e a aceitabilidade da PAE	184
Tabela 30 - Associação entre condicionantes da implementação a aceitabilidade de desempenho de PAE	185
Tabela 31 - Comparações entre níveis da aceitabilidade da PAE e os scores das seis dimensões da ECA-PAE	187
Tabela 32 - Estimativas do modelo de regressão ordinal para os fatores associados à aceitabilidade da PAE	188

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÓNIMOS

AACN - American Association of Colleges of Nursing
ANA - American Nurses Association
ACP - Análise de Componentes Principais
APN -Advanced Practice Nursing
CAN - Canadian Nurses Association
CRNA - Certified Registered Nurse Anesthetist
CNOD - Chief Nursing Officer Directorate
CNP - Certified Nurse Practitioner
CNS - Clinical Nurse Specialist
CNM - Certified Nurse-Midwife
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DHSSPS - Department of Health, Social Services and Public Safety.
DoH – Departement of Health
DR – Diário da República
ECA-PAE - Escala de Crenças e Atitudes face à Prática Avançada de Enfermagem
EE - Enfermeiro Especialista
EPA - Enfermeiro de Prática Avançada
EUA - Estados Unidos da América
FCG - Fundação Calouste Gulbenkian
FMMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos
GHWA - Global Health Workforce Alliance
HEE - Health Education England
ICN - International Council of Nurses
IES - Institute for Employment Studies
MCDTs - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCGF - Medicina Clínica Geral e Familiar
MoU – Memorandum of Understanding
NHS – National Health Service
NMC – Nursing and Midwifery Council
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
NCSBN - National Council of State Boards of Nursing
NMBA - Nursing and Midwifery board of Australia

NPRG - The Nurse Practitioner Reference Group
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAE - Prática Avançada em Enfermagem
PS - Profissionais de Saúde
RCN - Royal College of Nursing
RCNA - Royal College of Nursing Australia
RCN - Royal College of Nursing
RHS - Recursos Humanos da Saúde
RU - Reino Unido
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SS - Sistema de Saúde
UE - União Europeia
USF - Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

A pertinência da implementação de Prática Avançada de Enfermagem (PAE) em Portugal, tendo em vista a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, a acessibilidade e a satisfação de utentes e profissionais, tem vindo a ganhar destaque e relevância.

Múltiplos *stakeholders* têm defendido a revisão do âmbito de ação da prática profissional dos enfermeiros, alegando que a expansão dos papéis de enfermagem e a delegação de determinadas tarefas e/ou funções de médicos para enfermeiros pode ser uma forma custo efectiva de lidar com os desafios demográficos e as restrições que o SNS enfrenta. O assunto é, no entanto, controverso, parecendo existir uma forte relutância à expansão da prática profissional dos enfermeiros por parte de alguns intervenientes.

A pertinência e viabilidade de implementação de uma política de saúde que compreende uma possível expansão do âmbito de exercício de uma profissão está condicionada por vários fatores, nomeadamente de contexto, como sejam a aceitabilidade social e as preferências dos profissionais de saúde, que não podem ser subestimados, pelo que importa conhecer a posição dos diferentes intervenientes envolvidos.

A presente tese consubstancia-se na integração de quatro estudos e objetiva contribuir para a discussão sobre a pertinência e viabilidade da implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal, sendo que para tal se propõe analisar a aceitabilidade e verificar a disponibilidade dos enfermeiros especialistas para o desempenho de prática avançada de enfermagem.

Para atingir este objetivo foram definidos quatro objetivos específicos, um para cada estudo realizado:

- 1 - Determinar em que consiste a PAE a nível internacional e onde se encontra Portugal face à sua implementação.
- 2 - Apreender a posição dos Enfermeiros Especialistas (EE) face à implementação de PAE em Portugal, mediante exploração da conceptualização de PAE e análise da disponibilidade e aceitabilidade de desempenho desta prática no âmbito do seu exercício profissional.
- 3- Proceder à validação de um instrumento de recolha de dados desenhado para determinar e explorar a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE em Portugal.
- 4 - Compreender a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE e suas condicionates, mediante exploração de um padrão de aceitabilidade que identifique as características

sociodemográficos e as crenças que contribuem para prever a aceitabilidade da PAE pelos profissionais.

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico realizou-se uma *scoping review* com o intuito de clarificar em que consiste a PAE, contextualizar a sua implementação e enunciar as implicações decorrentes da mesma, a nível internacional.

A realização da *scoping review* permitiu uma apropriação da temática em estudo, mediante mapeamento de conceitos-chave, linguagem, terminologia, etc., sendo que para tal se recorreu a uma estratégia de busca combinada, mediante visitaçãõ de *sites*, anais de conferências e periódicos em busca dos artigos sobre o tópico pesquisado (busca manual), pesquisa em bibliotecas (busca automática) e estratégia de *snowball*, mediante análise da lista de referências de alguns artigos.

Esta *scoping review* serviu de base à elaboração de um instrumento de colheita de dados, desenhado com o objetivo de aferir a posição dos EE face à implementação de PAE e analisar a aceitabilidade de desempenho de PAE entre EE, que se aplicou posteriormente, quando da realização do segundo estudo, a uma amostra de enfermeiros especialistas.

O segundo objetivo foi atingido através da realização de um estudo observacional descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, que compreendeu a recolha de informação referente à perceçãõ, aceitabilidade e disponibilidade dos EE para a PAE, no âmbito da sua especialidade, mediante a aplicação de um questionário de autopreenchimento disponibilizado *online* via site da Ordem dos Enfermeiros.

Através deste estudo averiguou-se a disponibilidades dos enfermeiros especialistas para desempenhar PAE no seu quotidiano profissional, tentou captar-se a perceçãõ que os mesmos tinham relativamente às principais barreiras/entraves e alavancas à implementação da PAE em Portugal, e procurou-se aferir o impacto que o desempenho destas funções poderia ter, de acordo com os EE, em termos de satisfação profissional, e realização pessoal.

Um estudo psicométrico, transversal, delineado com o objetivo de proceder à validação do instrumento de recolha de dados desenhado para explorar a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE em Portugal, deu resposta ao terceiro objectivo específico, sendo que a realização deste estudo permitiu aferir a validade e fiabilidade do construto elaborado, atestando à sua legitimidade para avaliar crenças e atitudes face à implementação de PAE e para determinar a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE em Portugal.

O quarto e último objectivo foi respondido pela realização de um estudo quantitativo, transversal, comparativo, que se propôs explorar um modelo preditivo para a aceitabilidade de desempenho de PAE. A realização deste estudo permitiu averiguar a existência de um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE por EE, mediante identificação de características sociodemográficas e/ou crenças e atitudes que contribuam para prever a disponibilidade dos EE para o desempenho de PAE, tendo em vista antecipar resultados futuros.

O trabalho encontra-se organizado em seis capítulos.

O primeiro capítulo corresponde à introdução geral, sendo que nele se encontra descrito o fio-condutor do trabalho. É aqui que se procede ao enquadramento teórico, que se apresenta o tema em estudo, explanando a sua relevância no contexto dos sistemas de saúde e, em particular, do sistema de saúde português, que se esclarecem os principais conceitos utilizados ao longo do trabalho de investigação, inserindo-os na descrição do estado da arte sobre políticas de *skill mix* e de combinação de recursos humanos da saúde (RHS), e que se estabelece o diagnóstico e análise da situação em Portugal. Neste capítulo enunciam-se ainda as questões de investigação e os objetivos gerais e específicos de cada um dos estudos levados a cabo durante a investigação, tendo em vista o objetivo geral.

No segundo capítulo descrevem-se os materiais e métodos utilizados para cada um dos estudos realizados e no terceiro capítulo apresentam-se os resultados alcançados.

O quarto capítulo materializa a discussão geral e conclusões, sendo que, para tal, se relembra o objetivo geral da investigação e se descreve o debate gerado com os resultados obtidos com a realização de cada um dos estudos, procedendo-se a uma análise dos resultados com base na revisão da literatura efectuada e resultados de pesquisas anteriores. A discussão geral é, assim, realizada com base na síntese das discussões parcelares dos estudos realizados, mediante comentários baseados na evidência disponível e numa reflexão crítica que procurou analisar eventuais implicações decorrentes da formulação e implementação de uma política de RHS que compreendesse a implementação da PAE em Portugal. As conclusões finais encerram o trabalho de investigação, sugerindo pesquisas futuras.

No quinto capítulo enumera-se as referências utilizadas e o sexto capítulo, Anexos, reúne alguns quadros síntese de informação e os instrumentos de recolha de dados que foram utilizados nos trabalhos empíricos.

1.1. Relevância do tema

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é premissora na afirmação “ ... *não há saúde sem profissionais de saúde (...)* [pelo que] *a aspiração da cobertura universal de saúde não poder ser alcançada sem uma força de trabalho em saúde adequada e orientada para a prática e os objetivos.* ” (Campbell *et al*, 2013, p. 5 e p. 10)

A força de trabalho em saúde, representa “*o maior custo e o maior investimento na prestação de cuidados*” (Campbell *et al*, 2013, p. 34), estando o desempenho dos sistemas de saúde fortemente condicionados pela disponibilidade (número suficiente de profissionais, com a combinação de competências adequadas para responder às necessidades da população), acessibilidade (equidade geográfica, temporal, financeira, e de infra estruturas na distribuição e acesso a profissionais de saúde), aceitabilidade (capacidade dos profissionais para atender as pessoas condignamente, estabelecer relações de confiança e permitir e promover a procura dos serviços) e qualidade (competências, habilitações, conhecimentos e comportamento dos profissionais, para responder às necessidades e expectativas das populações) dos RHS de que dispõe. (Campbell *et al.*, 2013).

A otimização da gestão da força de trabalho em saúde tem o potencial de melhorar os resultados em saúde, melhorar a segurança global da saúde e contribuir para o crescimento económico através da criação de oportunidades de emprego qualificado (Cometto *et al.*, 2020).

A gestão de recursos humanos na área da saúde envolve a organização de grupos de profissionais com diferentes experiências, habilidades, competências, qualificações, e conhecimentos (Dubois e Singh, 2009), nomeadamente, médicos, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos, gestores, administradores hospitalares, assistentes sociais, e todos os que dedicam parte de seu tempo para melhorar a saúde.

Estima-se que a escassez global de profissionais de saúde, actualmente quantificada em cerca de 7.2 milhões, ascenda até aos 12.9 milhões em 2035 (Campbell *et al.*, 2013). Assim sendo, a gestão de RHS requer uma mudança de paradigma, que não se foque exclusivamente na escassez, mas antes se centre na acessibilidade, aceitabilidade social, qualidade e produtividade da mão-de-obra no sector da saúde. O foco deverá ser, portanto, o tipo de força de trabalho em saúde necessário para atingir, manter ou acelerar o progresso de modo a que todos possam ter acesso, utilizem e obtenham serviços de saúde

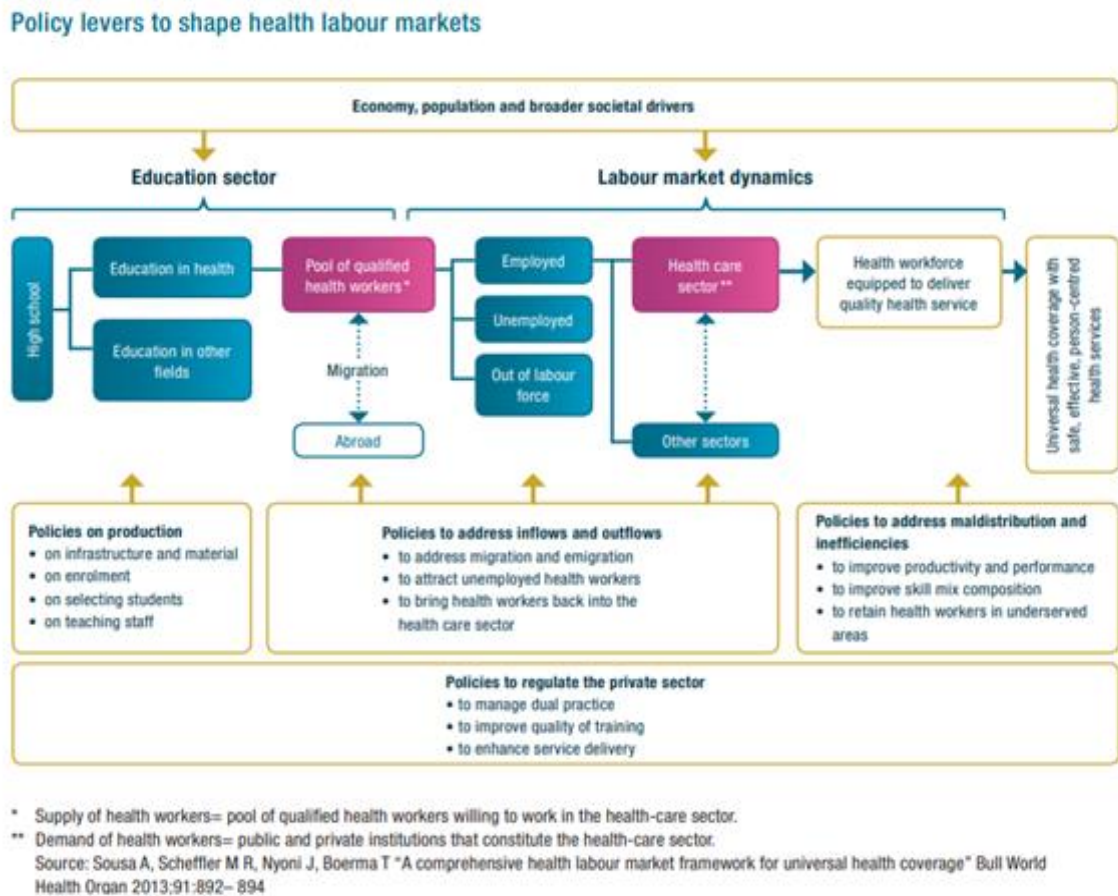
de alta qualidade e adequados às necessidades (Campbell *et al.*, 2013).

Os principais motivos apontados para o déficit de profissionais de saúde (PS), experimentado à escala global, prendem-se com a escassez de profissionais de saúde - relacionadas com a capacidade de produção, a migração de profissionais de saúde, uma combinação inadequada de competências, desequilíbrios na distribuição de profissionais (geográficos, de gênero, institucionais ou ocupacionais), desequilíbrios qualitativos (subqualificação ou desqualificação) dos PS -, mas também com as tendências sociais emergentes - pressão crescente sobre contenção de custos e melhoria da qualidade, envelhecimento da força de trabalho, antecipação da idade de reforma dos trabalhadores (nos países industrializados), mudanças de carreira e desequilíbrios na distribuição de PS dentro e entre países.

Assim, e com o intuito de otimizar o desempenho, a qualidade e o impacto dos profissionais de saúde, através de políticas fundamentadas de RHS que contribuam para uma cobertura universal de saúde eficaz e resiliente, e sistemas de saúde reforçados a todos os níveis, a OMS sugeriu um conjunto de alavancas políticas para moldar os mercados de trabalho em saúde (Figura 1). Estas compreendem, entre outras, políticas para combater a má distribuição e ineficiências, cujo foco é a melhoria da produtividade e desempenho, a melhoria da composição e *skill mix* e a retenção dos PS, tendo em vista o uso efectivo dos recursos disponíveis (WHO, 2016).

De acordo com o relatório “Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde - o caminho para a Cobertura Universal” da OMS (2010), 20 a 40% da despesa total em saúde é desperdiçada, a nível mundial, em parte devido a ineficiências e fragilidades na gestão da força de trabalho em saúde. Assim sendo, é indispensável adotar sistemas de responsabilização que promovam a eficiência na saúde e na gestão dos RH, mediante a implementação de modelos de prestação de cuidados que combinem, de forma adequada e sustentável o *skill mix* de profissionais, por meio da reconfiguração do acesso a generalistas e especialistas, profissionais de prática avançada, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Urge, portanto, desenvolver e implementar políticas públicas de administração e regulamentação que reconheçam formalmente as posições destes profissionais e permitam que eles exerçam a totalidade das suas competências para fornecer à sociedade cuidados de saúde integrados, continuados, equitativos, eficientes e centrados nas necessidades das populações e das pessoas. (WHO, 2016).

Figura 1 – Alavancas políticas para moldar os mercados de trabalho de saúde.



Fonte: WHO, 2016

Não obstante as diversas recomendações emitidas por organizações e grupos de trabalho, como sejam a OMS, a GHWA ou os Observatórios dos Sistemas de Saúde, e os compromissos assumidos pelos governantes dos países membros da OMS, nomeadamente aquando da assinatura de documentos como a declaração de Kampala, a carta de Bangkok, a Carta de Tallin ou a declaração de Recife, os desafios inerentes às políticas de RHS persistem. Tal deve-se, em parte, ao facto das políticas de RHS serem frequentemente preteridas pelos sistemas de saúde em detrimento de políticas de financiamento e de estruturação de serviços (Dubois *et al.*, 2006), ou se focarem apenas nas dimensões da disponibilidade e acessibilidade de profissionais (Dussault *et al.*, 2010, Campbell *et al.*, 2013).

Assim, enquanto nos países de baixa-média renda os desequilíbrios na força de trabalho em saúde se manifestam pela dificuldade no acesso a cuidados de saúde, com consequências no desenvolvimento da saúde da população, nos países de alta renda estes

desequilíbrios manifestam-se por lista de espera, sobrelotação dos serviços de urgência, escassez de profissionais em determinados serviços e especialidades, falta de tempo para prestar assistência centrada no utente. Os desequilíbrios quantitativos e abordagens inadequadas à gestão de RHS podem assim resultar em uso excessivo, subutilização ou uso indevido do pessoal de saúde disponível.

Em Portugal, as políticas referentes aos RHS têm sido descritas como inexistentes, fragmentadas, ou sem evidência de pensamento estratégico (Biscaia *et al.*, 2003; Ministério da Saúde, 2004; OMS, 2010; Dussault e Fronteira, 2010; Dussault, 2014). Para tal tem contribuído a inexistência de um sistema integrado de recolha de informação bem como a ausência de padrões na recolha de informação sobre RHS (Biscaia *et al.*, 2003; Dussault, 2014), o que impede um “retrato” fidedigno e abrangente dos PS no país (Dussault e Fronteira, 2010) e resulta em deficiências na força de trabalho actual e em indefinições relativamente a necessidades em RHS futuras. Esta lacuna na informação inviabiliza ainda uma tomada de decisão com base na evidência, o que se pode traduzir num planeamento ineficaz e causar constrangimentos como os evidenciados por Dussault *et al.* (2010, pp. 30-31) “... é difícil apresentar um panorama abrangente dos profissionais de saúde no país ... existe falta de determinadas categorias de pessoal no SNS ... existem posições não preenchidas (...), (...) zonas rurais e remotas apresentam o maior risco de falta de pessoal (...) existem desequilíbrios na distribuição (...) existe espaço para rotatividade de tarefas e para a delegação de tarefas, particularmente de médicos para enfermeiros e para outros técnicos e auxiliares (...)”, e Correia *et al.* (2018: 70-71, 98) “ ... Dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal (quantos existem e onde) ... Falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal (quantos são precisos e onde) ... a informação sobre a disponibilidade e acessibilidade actual dos RHS não permite definir de modo absolutamente confiável a força de trabalho que o país tem, logo qual a que necessita a médio e longo prazo ... “.

Uma análise recente à organização, governação e performance do sistema de saúde português indica que, em matéria de RHS, este enfrenta uma série de desafios que se prendem com o planeamento (oferta e procura, delegação de tarefas e expansão de funções) e a distribuição (Simões *et al.*, 2017).

Não obstante os ganhos obtidos em saúde serem, desde há quarenta anos a esta parte, indubitáveis - tendo para tal contribuído a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, e os valores a ele inerentes da universalidade, equidade e qualidade -, verifica-se

que os gastos totais em saúde quase duplicaram nos últimos 30 anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2019) tendo a despesa média em saúde tido um crescimento superior ao da economia nacional, o que veio pôr em causa a sustentabilidade financeira do sistema de saúde tal como o conhecemos.

A profunda crise económica e financeira em que o país mergulhou entre 2010-2014, e que levou à necessidade de um resgate financeiro pelo FMI, acarretou repercussões no financiamento público e, conseqüentemente, no financiamento dos serviços de saúde, veio levantar questões relativas à necessidade de um sistema de saúde sustentável, mais eficaz e eficiente, e assim abrir espaço para a discussão de temáticas/assuntos até aqui considerados de somenos importância, como seja a optimização da rentabilidade dos recursos humanos em saúde, tendo em vista a eficiência, acessibilidade, qualidade e garantia da sustentabilidade.

Sendo a mão-de-obra em saúde uma das principais rubricas de consumo de recursos, o controle da despesa e, conseqüentemente, a garantia da sustentabilidade financeira do sistema de saúde passa, incontestavelmente, por uma gestão eficiente dos seus recursos humanos.

A composição e organização da mão-de-obra em saúde em Portugal tem sido, de algum tempo a esta parte, alvo de críticas, sendo que vários *stakeholders* a consideram uma combinação ineficiente de recursos com conseqüências a nível da produtividade e acessibilidade a certos serviços (Dussault *et al.*, 2010; ERS, 2011, 2014; Buchan *et al.*, 2013, Temido *et al.*, 2014).

Neste contexto, múltiplos intervenientes têm sugerido a revisão da composição e do âmbito de ação de profissões como a de enfermagem (Barros, 2011; Buchan *et al.*, 2013; Temido e Dussault, 2014; ERS, 2014), até porque os enfermeiros representam, atualmente, cerca de um terço do total dos trabalhadores do SNS (MS, 2019) pelo que “ (...) *uma revisão do skill mix assente no reforço da oferta de enfermeiros e no aumento das suas atribuições, permitiria uma redução dos custos da prestação de cuidados (...)*” (ERS, 2014, p.50).

A discussão da implementação de modelos de trabalho que incluam a revisão da combinação de recursos médicos e de enfermagem como catalisador da acessibilidade, eficiência e qualidade na prestação de cuidados adensou – se aquando da vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) e tem sido, desde então, alvo de discussão acalorada entre ordens e representantes legais das diferentes classes

profissionais, e merecido a atenção por parte da opinião pública, da comunidade científica e de decisores políticos (Baltazar, 2014; Jornal Médico, 2015; Campos e Freitas, 2015; Borja-Santos, 2015; Presidência do Conselho de Ministros, 2016; OM, 2017; OE, 2017; Campos, 2017).

Diversas propostas estratégicas de reforço da sustentabilidade financeira do sistema de saúde mediante uma combinação mais eficiente entre médicos e enfermeiros têm emergido na última década.

De acordo com o relatório de avaliação de desempenho do sistema de saúde Português da OMS de 2010 “ (...) a evidência demonstra que expandir a prática profissional dos enfermeiros, (...) pode ser uma maneira eficiente e econômica de lidar com os desafios demográficos (...) e pode melhorar o acesso e a satisfação de utentes e profissionais ...” (OMS, 2010, p.51).

A Entidade Reguladora da Saúde, no relatório de análise da sustentabilidade financeira do SNS de 2011 já referia que a garantia da sustentabilidade financeira do SNS passava pela “ (...) combinação eficiente das profissões de saúde ... e um aproveitamento de recursos humanos que podem estar subaproveitados ...” (ERS, 2011, p. 110), já que existem actos básicos, actualmente praticados por médicos, que podem ser praticados por outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, sem que haja prejuízos no que concerne a efectividade e a qualidade dos cuidados prestados, podendo inclusive haver ganhos na acessibilidade, já que os clínicos teriam uma maior disponibilidade para atender doentes que efectivamente necessitam de cuidados exclusivamente médicos, o que resultaria numa diminuição das listas de espera (ERS, 2011).

Em 2014, o relatório “Custos de contexto no sector da saúde” da ERS reiterava que “ (...) em Portugal a composição da força de trabalho em saúde revela uma combinação ineficiente dos papéis de médicos e de enfermeiros (...) e que uma revisão do skill mix, ... permitiria uma redução dos custos da prestação de cuidados ...” (ERS 2014, p. 50).

Nesse mesmo ano o relatório “Um futuro para a saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian aponta “ (...) que as funções dos enfermeiros têm sido relativamente pouco alargadas, em comparação com outros países da Europa Ocidental (...) ” (FCG, 2014, p. 157) [pelo que importa] (...) avaliar a combinação de competências dos recursos humanos portugueses da saúde (...) [e reflectir] sobre o alargamento do papel dos enfermeiros (...) [já que] (...) a evidência internacional sugere que, em circunstâncias específicas e com a formação adequada, pode haver uma mudança de tarefas, melhorando o acesso e a

satisfação do utente sem perda de qualidade e da segurança (...)” (FCG, 2014, p. 162). O mesmo relatório referiu ainda que “ (...) *haveria resistência às mudanças por parte de alguns stakeholders, mas acredita que estas serão ultrapassadas.*” (FCG, 2014, p. 162).

Muito embora os constrangimentos enfrentados pelo SS Português sejam transversais aos enfrentados pelos demais SS, convém ter presente que, em políticas de saúde, abordagens “*one-size-fits-all*” não são eficazes (Bourgeault *et al*, 2008), pelo que cada país deverá avaliar o problema e analisar o contexto antes de definir se uma política de alteração de *skill mix* é a resposta.

Não obstante as múltiplas recomendações para uma revisão do *skill mix*, nomeadamente na combinação de recursos médicos e de enfermagem existe “ (...) *base de evidência limitada sobre enfermeiros com funções avançadas em Portugal (...)*” (Buchan *et al*, 2013, p. 39), o que pode condicionar uma eventual reforma na política de RHS.

De acordo com Buchan e Calman (2004) são vários os fatores que podem determinar, ou mesmo inviabilizar, políticas de RHS relacionadas com a revisão dos papéis/funções desempenhadas por PS e *skill mix*, nomeadamente a disponibilidade de recursos, a regulação profissional, a cultura e a prática profissional, sendo que todos estes elementos serão decisivos na definição de papéis, funções e combinações de profissionais nos SS.

Importa, portanto, dar seguimento a uma agenda de investigação que gere evidência que permita uma tomada de decisão cônica relativamente à implementação de políticas que revejam a combinação de recursos médicos e de enfermagem como seja, por exemplo, a implementação de prática avançada de enfermagem em Portugal, já que o sucesso das políticas de saúde são condicionados por fatores sociais e económicos que devem ser tidos em consideração quando do seu desenvolvimento e implementação (Dussault, 2003).

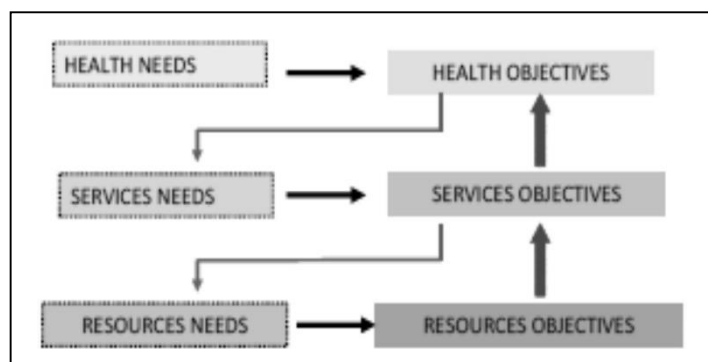
Partindo da premissa de que a actual composição e organização da mão-de-obra de trabalho no sistema de saúde Português sugere uma combinação ineficiente de recursos médicos e de enfermagem, e tendo em conta as várias sugestões de alterações ao *skill mix*, o presente estudo situa-se no campo das políticas de saúde, mais especificamente políticas de recursos humanos em saúde, na medida em que se propõe estudar a aceitabilidade social, bem como as preferências de profissionais de saúde, relativamente à implementação de uma política de alteração de *skill mix* em Portugal.

1.2. Conceitos e estado da arte

1.2.1. Políticas de recursos humanos da saúde

As políticas de RHS constituem uma “componente crítica das políticas de saúde” (Dussault *et al*, 2003), na medida em que se consubstanciam, simultaneamente, num referencial e num conjunto de processos que orientam o alcance de objetivos traçados em função das necessidades em saúde das populações e dos recursos disponíveis, conforme evidenciado na figura 2 (Dussault e Fronteira, 2010).

Figura 2 – Relação entre necessidades e recursos no sector da saúde



Fonte: Dussault e Fronteira 2010

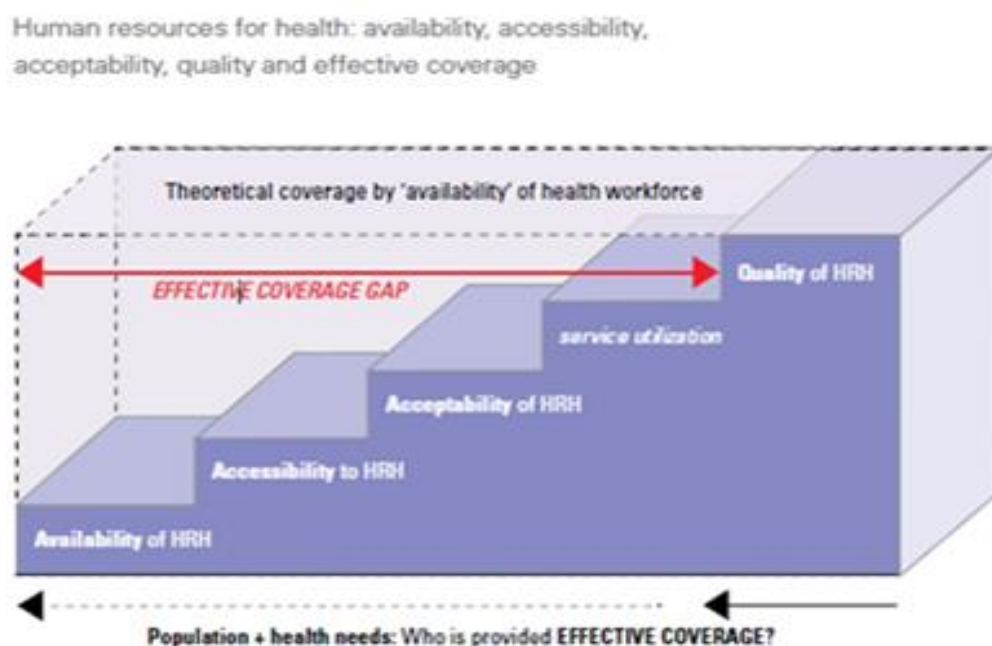
O desenvolvimento de políticas de RHS pode ajudar, concomitantemente, a especificar objetivos e prioridades de saúde, identificar meios e recursos necessários para alcançar esses objetivos, racionalizar a tomada de decisões, definir o quadro de referência necessário para avaliação e elaboração de relatórios, reunir profissionais e outras partes interessadas em torno de questões de saúde e alcançar consenso sobre as mesmas, facilitando assim a introdução de ações viáveis e eficazes (Dussault *et al.*, 2003).

As políticas de RHS têm como principal objetivo garantir a disponibilidade e acessibilidade a uma força de trabalho com a dimensão e competências necessárias, equitativamente distribuída dentro do orçamento disponível, de modo a satisfazer as necessidades em saúde das comunidades e populações com a qualidade que lhes é devida (Dubois *et al.*, 2006; Campbell *et al.*, 2013).

A integração das 4 dimensões da força de trabalho em saúde (disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho em saúde) nas políticas de RHS é indispensável na medida em que existe uma interdependência entre elas. Assim, sem o número adequado de PS não é possível garantir a acessibilidade a cuidados de saúde; se não houver aceitabilidade a população pode não recorrer aos serviços ainda que

esteja garantida a disponibilidade e acessibilidade; por outro lado se a qualidade dos profissionais não for a adequada, os objectivos que se pretendem alcançar com a prestação dos serviços podem ficar comprometidos. A figura 3 resume esta ideia, demonstrando que, sempre que uma das dimensões não está assegurada, a proporção de indivíduos com acesso a cuidados de saúde efectivos e de qualidade, de acordo com as suas necessidades, diminui (Campbell *et al.*, 2013).

Figura 3. RHS – Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade, Qualidade e cobertura efetiva.



Fonte: Campbell *et al.*, 2013

A ausência de políticas adequadas de recursos humanos foi apontada como sendo, internacionalmente, responsável por um desequilíbrio crónico na força de trabalho, e nos sistemas de saúde em geral devido a disparidades quantitativas e qualitativas, iniquidades na distribuição e acessibilidade, e ausência de coordenação entre as necessidades das populações e a gestão de recursos humanos disponíveis (Mercer *et al.*, 2003). Tal pode colocar em causa a capacidade dos sistemas de saúde cumprirem os objetivos que lhes estão, genericamente, confiados: melhorar o estado de saúde das populações, responder às expectativas dos cidadãos e assegurar a proteção financeira face aos custos da doença (WHO, 2000).

Colocar os RHS na agenda política permitiria solucionar parte destas disparidades desde

que se levasse em consideração as características singulares dos RHS, nomeadamente o facto de: as políticas serem de natureza intersectorial e compreenderem um gap relativamente longo entre a tomada de decisão e o alcance de resultados; o sector da saúde ser dominado em grande parte pelos PS; existirem dependências e relações hierárquicas entre certas categorias de profissionais; o estado ser na grande maioria dos países o principal empregador; existir uma elevada proporção de mulheres empregadas; existirem deficiências de mercado no sector (Buchan e Dal Poz, 2002).

De acordo com Dussault *et al.* (2003) existem 4 fatores que determinam/condicionam o sucesso de uma política de RHS: a capacidade técnica, a viabilidade política, a aceitabilidade social e a sustentabilidade financeira.

A presente tese debruça-se sobre a aceitabilidade social, ou seja a disponibilidade do ambiente social e cultural para aceitar eventuais mudanças propostas (Dussault *et al.*, 2003), na medida em que se propõe captar as construções, crenças, atitudes e opiniões de um dos principais *stakeholders* face a uma eventual política de modificação de *skill mix*. Isto porque é possível, conforme referido por (Dussault *et al.*, 2003), potenciar a aceitabilidade das reformas mediante adaptação das políticas ao ambiente social e cultural, mediante recurso a estratégias de educação ou marketing social, ou mediante combinação das duas.

1.2.2. Combinação de recursos humanos em saúde

Os custos associados à mão de obra em cuidados de saúde representa uma percentagem elevada dos custos totais dispendidos com a saúde (Buchan e Dal Poz, 2002). Por este motivo, políticos, gestores e prestadores de cuidados têm-se esforçado por identificar e desenvolver uma variedade de métodos e iniciativas para otimizar a força de trabalho disponível e alcançar a combinação mais eficaz e eficiente de profissionais de saúde possível, com os recursos disponíveis, levando em consideração as prioridades locais (Singh *et al.*, 2009).

Um pouco por todo o mundo, organizações de cuidados de saúde têm vindo a explorar formas inovadoras de desenvolver e implementar a sua força de trabalho, sendo que tem havido um foco na optimização da combinação de profissionais (isto é, alcançar uma combinação específica e ideal de diferentes tipos de pessoal) e um interesse crescente no contributo que as diferentes combinações de PS podem ter para utentes, profissionais,

organizações e sistemas de saúde (Dubois e Singh, 2009).

Neste contexto, têm emergido políticas de RHS que se focam no *skill mix* por considerarem que uma combinação adequada de PS pode, potencialmente, contribuir para o uso eficiente da força de trabalho em saúde e, conseqüentemente para a sustentabilidade técnica e financeira das organizações, serviços e sistemas de saúde (Buchan e O`May, 2000).

A literatura evidencia que encontrar a combinação adequada de RHS é um dos principais desafios com que os sistemas de saúde, atualmente, se deparam (WHO, 2000; Buchan e Calman, 2004; Buchan e Dal Poz, 2002; Dubois e Singh, 2009) e aponta o *skill mix* como potencial solução para problemas de prestação de serviços de saúde.

1.2.3. Conceito de skill mix

De acordo com o *Institute for Employment Studies* (Tuohy, Reilly e Hayday, 2006) o termo *skill mix* engloba descrições como sejam: substituição, reformulação da força de trabalho, multi-skilling, redesenho da força de trabalho, flexibilidade funcional ou de tarefas, sendo que todas estas designações englobam a alteração das competências dos profissionais dentro das organizações e a transferência ou delegação de trabalho entre diferentes grupos de profissionais.

Buchan e Dal Poz. (2002) e Buchan e Calman (2004), por sua vez, afirmam que o termo '*skill mix*' pode-se referir à combinação de postos dentro de uma determinada organização, à combinação de profissionais num determinado serviço, à combinação de competências disponíveis num determinado momento ou à combinação de atividades que dizem respeito a um determinado papel profissional (em detrimento de uma combinação de diferentes títulos profissionais). Esta combinação pode ser avaliada intra (e.g. médicos generalistas e especialistas) ou entre (e.g. médicos e enfermeiros) grupos profissionais, ou ainda entre diferentes sectores do sistema de saúde (Buchan *et al.*, 2000; Buchan *et al.*, 2001; Buchan e Dal Poz, 2002).

Sibbad *et al.* (2004) defendem que o conceito de *skill mix* também pode ser utilizado para se referir à combinação de competências possuídas por um indivíduo, à combinação de elementos com mais ou menos experiência dentro de um grupo profissional ou à combinação de diferentes profissionais numa equipa multidisciplinar (Sibbald *et al.*, 2004).

Dubois e Singh (2009) acrescentam que as conceptualizações que, por norma, se associam ao termo *skill mix* se prendem com a combinação do número total de trabalhadores por grupo profissional, a combinação de qualificações por grupo profissional, a combinação de experiências por grupo profissional e combinação de profissões e especialidades na equipa multidisciplinar.

O termo *skill mix* engloba, portanto, uma vertente quantitativa, referente ao número de profissionais, mas também uma vertente qualitativa concernente à experiência, competências e qualificações dos profissionais, sendo que ambas impactam no desempenho das equipas multidisciplinares e nos resultados alcançados pelas organizações e sistemas de saúde.

Ao longo da presente tese recorrer-se-á ao termo *skill mix* para designar a combinação de diferentes profissionais num equipa multidisciplinar e combinação de actividades desenvolvidas por um determinado grupo profissional (Buchan *et al*, 2001; Buchan e Dal Poz, 2002; Sibbald *et al*, 2004).

1.2.4. Motivos inerentes às iniciativas de avaliação e modificação de *skill mix*

De acordo com a OMS (2008) as iniciativas de *skill mix* devem ser orientadas pelas necessidades específicas das populações e dos sistemas de saúde, em detrimento da procura de uma combinação ideal e universal de profissionais de saúde.

Tuohy, Reilly e Hayday (2006) citam como principais factores de revisão e modificação de *skill mix*: a utilização custo efectiva dos recursos disponíveis (isto é, as competências certas pelo preço certo empregues de forma a se atingirem os resultados ideais); o aumento da motivação dos profissionais mediante a atribuição de novas competências; diminuição de número de horas de trabalho e de tarefas indesejadas; a optimização do recrutamento e da retenção de PS; a progressão na carreira, através da criação de janela de oportunidades para os PS; a promoção do trabalho de equipa mediante uma melhor definição de tarefas e ênfase na interconectividade de actividades, e a optimização do processo de gestão mediante análise crítica das ligações entre os elos da cadeia de produção. Emergem, assim, razões não só de cariz financeiro, centradas na redução da despesa, mas também razões de cariz social que encaram a motivação, a satisfação e progressão profissional e as condições de trabalho dos PS como factores de revisão e/ou alteração de *skill mix*.

Buchan e Dal Poz (2002) referem que os principais motivos para o desenvolvimento de iniciativas de avaliação e modificação de *skill mix* em saúde se prendem com: a escassez de determinados profissionais (frequentemente fruto de uma má distribuição de recursos humanos entre meios urbanos e rurais), o aumento da procura (provocado pelas alterações sociodemográficas mas também culturais), constrangimentos no acesso, a necessidade de contenção de custos associados à mão de obra, a promoção da qualidade dos cuidados prestados (procurada por uma população cada vez mais diferenciada, informada e exigente), a disponibilização de tecnologia e novas intervenções em saúde de forma custo efectiva, a oferta de novos programas e/ ou tipologia de serviços, reformas no sector da saúde, a alteração do enquadramento legal e regulatório das profissões (tabela 1). De acordo com os autores, estes motivos não são mutuamente exclusivos, sendo que frequentemente os Sistemas de Saúde (SS) se confrontam com vários destes problemas em simultâneo. Assim sendo, alternativas como sejam a optimização da capacidade instalada (camas e equipamentos, por exemplo) e distribuição de recursos entre níveis de cuidados (primários e secundários) também devem ser tidas em conta (Buchan e Dal Poz 2002).

Tabela 1. Determinantes de iniciativas de modificação de *skill mix* e eventuais respostas

Factor	Requisitos	Possíveis Intervenções
Escassez de Competências	Resposta a escassez de pessoal em determinadas profissões	Substituição de competências; otimização de competências
Contenção de custos	Otimizar a gestão dos custos organizacionais, e especificamente dos custos laborais	Reduzir os custos laborais unitários ou otimizar a produtividade alterando o pessoal ou a combinação de competências
Melhoria da Qualidade	Melhoria na qualidade dos cuidados prestados	Melhorar a implementação e utilização das competências dos profissionais, com intuito de alcançar a melhor combinação de competências possível.
Inovação Tecnológica	Utilização custo efetiva de tecnologia e intervenções inovadoras	Formação dos profissionais tendo em vista o desenvolvimento de novas competências; introdução de diferentes combinações de profissionais de saúde ou novos tipos de profissionais
Novos programas ou iniciativas no sector da saúde	Maximizar os benefícios resultantes da implementação dos programas/iniciativas através da alocação de profissionais de saúde qualificados.	Determinar a combinação mais custo-efetiva de profissionais; melhorar as competências dos profissionais alocados; introduzir novos tipos de profissionais;
Reformas no Sector da Saúde	Contenção de custos, Otimização da qualidade dos cuidados prestados, do desempenho e/ou capacidade de resposta dos serviços e organizações do sector da saúde.	Ajustar as funções dos profissionais no seio da equipa multiprofissional; introduzir novas funções e novos tipos de profissionais.
Mudanças no quadro legislativo / regulatório (nota: também pode ser uma possível intervenção)	Possibilidades de alteração (ou condicionalismos) nos papéis das diferentes profissões.	Ajustar as funções e papéis dos profissionais que compõem a equipe; introduzir novas competências e novos tipos de profissionais de saúde.

Fonte: Adaptado de Buchan e Dal Poz, 2002

Muito embora a escassez de profissionais e a necessidade de contenção de custos em saúde, tendo em vista a promoção da eficiência, sejam apontados como as principais forças motrizes das iniciativas de modificação de *skill mix*, o que resulta frequentemente

na delegação de tarefas a trabalhadores com menores qualificações e, sobretudo, com salários mais baixos (por exemplo substituição de enfermeiros por assistentes operacionais), nem sempre o custo efectividade desta medida está garantida (Bourgeault *et al.*, 2008).

De acordo com Bourgeault *et al.* (2008) as economias decorrentes da substituição de PS de custo elevado por PS de custos inferiores dependem da capacidade dos últimos consumirem menos recursos na prestação do mesmo tipo, volume e qualidade de cuidados, sendo que, num primeiro momento, as alterações ao *skill mix* da força de trabalho podem ser indutoras da despesa devido à necessidade de (re) formar equipas, modificar e implementar metodologias de trabalho. As autoras referem, ainda, que as iniciativas de *skill mix* ao procurarem sanar a escassez de determinados PS podem, inadvertidamente, aumentar a escassez em outro grupo, se não houver um planeamento prévio e metuculoso que inclua uma visão integrada dos RHS.

Bourgeault *et al.* (2008) e Dubois *et al.* (2006) apontam ainda o desenvolvimento profissional, a progressão na carreira e a necessidade de equilíbrio entre a vida familiar e profissional, potenciados por uma força de trabalho em saúde cada vez mais feminina, como um dos motivos para a revisão do *skill mix*.

Na presente tese assume-se o pressuposto de que a revisão da combinação do *skill mix* nos recursos humanos em saúde em Portugal se justifica, nomeadamente entre médicos e enfermeiros, por razões não só económicas mas também de cariz social, conforme se debaterá ao longo da realização do trabalho.

1.2.5. Estratégias de modificação de skill mix

As tácticas de modificação de *skill mix* podem ocorrer através de estratégias mais ou menos estruturadas, variando a nomenclatura e classificações destas de acordo com os autores.

Buchan e O'May (2000) referem que as diferentes estratégias de modificação de *skill mix* adoptadas se prendem com a conceptualização que os dirigentes políticos têm de *skill mix*, com os problemas que estes procuram solucionar, e com o horizonte temporal em que pretendem solucionar-los.

De acordo com Bourgeault *et al.* (2008) as estratégias de modificação de *skill mix* podem consistir na otimização dos papéis entre profissionais, no desenvolvimento e

aperfeiçoamento dos interfaces entre serviços, ou simplesmente na promulgação de políticas que aloquem e fixem os profissionais certos ao lugar certo. Tal pode ocorrer através da alteração direta dos papéis profissionais (valorização, substituição, delegação, inovação) ou através de uma mudança indirecta de papéis mediante modificações na prestação de serviços (por transferência, realocação ou estabelecimento de contactos/ligações entre profissionais nos diferentes sectores ou serviços).

Tabela 2. Categorização das iniciativas de *Skill Mix*

Mudança/Alteração de Papéis	
<i>Optimização</i>	Aumento do âmbito de uma profissão mediante expansão das funções ou competências de um determinado grupo de profissionais.
<i>Substituição</i>	Expansão do escopo de ação de uma profissão mediante reestruturação das fronteiras profissionais, ou substituindo um tipo de profissional por outro.
<i>Delegação</i>	Mobilização/Transferência de tarefas e funções ao longo de uma escada uni disciplinar tradicional.
<i>Inovação</i>	Criação de novas profissões mediante introdução de novos tipos de profissionais.
Mudança/Alteração da Interface entre serviços	
<i>Transferência</i>	Mover a prestação de um serviço de um nível de cuidados de saúde para outro (por exemplo, substituir os cuidados de saúde hospitalares por cuidados de saúde primários)
<i>Realocação</i>	Mudar o local onde o serviço é prestado de um setor de saúde para outro sem mudar os profissionais que o fornecem (por exemplo, administrando um serviço hospitalar numa unidade de cuidados de saúde primários)
<i>Ligação/Contacto</i>	Utilização de especialistas de um sector da saúde para formar e apoiar profissionais que trabalham em outros sectores da saúde (ex. instalações hospitalares de apoio aos cuidados de saúde primários).

Fonte: Adaptado de Sibbald, Shen e McBride (2004)

Conforme evidenciado na tabela 2, Sibbald *et al.* (2004) propõem 4 iniciativas de alteração direta de papéis profissionais para otimização do *skill mix* entre PS: mudanças nos papéis profissionais das profissões estabelecidas através da “valorização” do papel (aumento da profundidade de um trabalho mediante ampliação do papel ou das competências de um determinado grupo de trabalhadores papel e/ou competências de um determinado grupo de profissionais), “substituição” (mediante expansão e revisão de fronteiras entre profissionais e possíveis substituições entre PS); “delegação” (transferências de competências entre PS) e “inovação” (introdução de novos tipos de PS).

Dubois e Singh (2009), por sua vez, referem que as estratégias de otimização de *skill mix* devem, acima de tudo, focar-se na gestão de competências por parte das organizações, ie, na capacidade de otimização do uso da força de trabalho. Assim sendo, as organizações devem, ao invés de procurar obter uma combinação específica de diferentes tipos de PS, adaptar os papéis e atributos dos trabalhadores (conhecimento, competências e comportamentos) à procura e às necessidades decorrentes das mudanças. A gestão de competências permite que as organizações otimizem os resultados dos pacientes, assegurando simultaneamente a maior eficácia, flexibilidade e rentabilidade dos RHS.

De acordo com os autores as abordagens de gestão de competências podem dividir-se em “desenvolvimento de competências” e “flexibilidade de competências”, sendo que o “desenvolvimento” se traduz pela capacidade de assumir novos papéis e funções, e a “flexibilidade” pela capacidade de uma força de trabalho multifacetada desempenhar diferentes papéis, mobilizando diferentes competências. Assim, o desenvolvimento de competência pode ocorrer através da “valorização de papéis”, (expansão vertical de competências dentro de uma mesma profissão que permite aos PS assumir um leque mais vasto de competências, com maior responsabilidade, através do desempenho de funções inovadoras e não tradicionais, maximizando a utilização dos conhecimentos e competências, bem como a autoridade, o controlo, a complexidade e especificidade das tarefas a ser desempenhadas), ou mediante o “alargamento de papéis” (expansão horizontal de competências, adicionando novas dimensões dos cuidados de saúde através da expansão do repertório de competências dos trabalhadores tendo em vista uma maior integração de cuidados). A “flexibilidade de competências”, por sua vez, pode ser alcançada mediante “substituição de papéis” (implica alargar o campo de exercício de uma profissão, para além das clivagens profissionais tradicionais, a fim de promover a

eficiência da força de trabalho) e “delegação de papéis” (inclui a transferência de determinadas tarefas e responsabilidades de uma classe profissional para outra mediante reformulação das demarcações profissionais tradicionais, o que permite uma maior disponibilidade da profissão delegante para tarefas que são exclusivamente suas e que apenas ela pode desempenhar (Dubois e Singh, 2009).

A “delegação de funções”, “valorização”, “alargamento” e “substituição” de papéis são todos instrumentos de gestão de recursos humanos que desviam a atenção da questão dos números e da combinação profissional para o leque de funções, responsabilidades e actividades que cada membro da equipa multidisciplinar tem formação e competências para desempenhar.

1.2.6. Skill mix e Task shifting

Muito embora se assista frequentemente à utilização do termo *task shifting* enquanto sinónimo de *skill mix*, estes dois conceitos diferem entre si na medida em que o *task shifting*, também designado por *task delegation* compreende a redistribuição racional de tarefas entre os diferentes elementos de uma equipa de trabalho, mediante transferência de tarefas específicas de profissionais altamente diferenciados para outros menos especializados, com tempos de formação e custos associados inferiores, com o intuito de uma utilização mais eficiente da força de trabalho da saúde (Bourgeault *et al.*, 2008; Fulton *et al.*, 2011).

O *task shifting* pode ocorrer mediante transferência de tarefas de um grupo profissional para outro menos diferenciado (médicos para enfermeiros, por exemplo), ou através da transferência de tarefas e/ou competências, claramente delineadas, a quadros recém-criados de profissionais de saúde que recebem formação específica, com base nas competências que devem adquirir (Bourgeault *et al.*, 2008; Davlon *et al.*, 2004; Fulton *et al.*, 2011).

O *task shifting* tem como principal objetivos aumentar a produtividade e promover a eficiência, através do incremento do número de serviços prestados a uma determinada qualidade e custo, ou mediante o fornecimento do mesmo nível de serviços a uma determinada qualidade mas a um custo menor. Os ganhos na eficiência podem traduzir-se num aumento na acessibilidade, na redução de custos com formação e salários de PS e redução da escassez de PS. Outra das mais-valias enunciadas é a redução no tempo

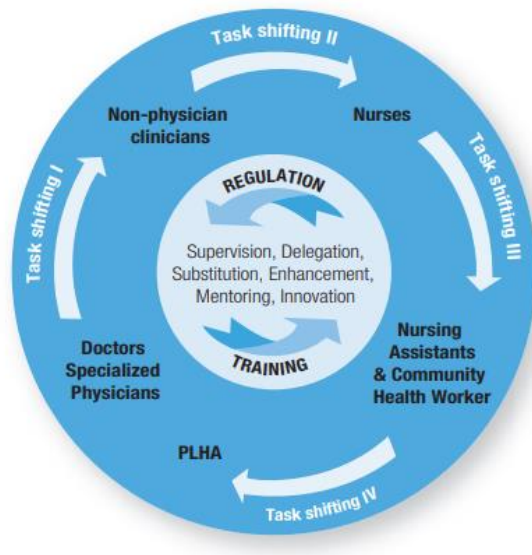
necessário para aumentar a força de trabalho em saúde, visto os quadros de profissionais a quem as tarefas são delegadas requerem menos tempo de formação (Fulton *et al.*, 2011).

Conquanto o *task shifting* possa promover a rápida expansão do número de PS, através da otimização dos RHS disponíveis, só deve ser adoptado quando está garantida a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como a existência de legislação e regulação que promova e regule a sua prática e proteja tanto os utilizadores dos serviços de saúde como os profissionais que neles exercem (Bourgeault *et al.*, 2008).

Por se focar na composição de recursos médicos e de enfermagem em Portugal, e na possibilidade de transferência de tarefas e delegação de competências entre estes dois grupos profissionais, nomeadamente através de implementação de práticas avançadas de enfermagem, o presente estudo debruça-se sob políticas de modificação de *skill mix*, que compreendem a alteração direta de papéis profissionais, mediante recurso a estratégias de *task shifting*.

Figura 4. Task Shifting: A ampliação dos RHS

Task shifting: expanding the pool of human resources for health



Fonte: WHO (2008)

1.2.7. Prática Avançada de Enfermagem

Algumas das estratégias de alterações de *skill mix* desenvolvidas e implementadas nas últimas décadas têm-se focado no reforço e valorização do papel de profissões, como

sejam a de enfermagem, e na substituição entre factores de produção, isto é entre profissionais de saúde.

De entre as estratégias de modificação de papéis profissionais enunciadas e definidas anteriormente, as que maior projecção têm tido são, indubitavelmente, as estratégias de *task shifting* (Fulton *et al.*, 2011; Dovlo, 2004), nomeadamente as que compreendem uma revisão da combinação das profissões médica e de enfermagem (Buchan e Calman, 2004; Delamaire *et al.*, 2010; Sheer e Wong, 2008), sendo que destas, a que maior disseminação e implementação tem tido à escala global é a definida pela literatura anglo saxónica e pelo *International Council of Nursing* (ICN) como “*advanced practice nursing*” (APN), termo traduzido para o português como, prática avançada de enfermagem (OE, 2018; Miranda *et al.*, 2018), prática de enfermagem avançada (Miranda *et al.*, 2018; Queirós, 2017) ou enfermagem avançada (Paiva, 2007; Miranda *et al.*, 2018, Ribeiro *et al.*, 2018).¹

De acordo com ICN o termo “*advanced practice nursing*”, doravante traduzido como prática avançada de enfermagem (PAE), diz respeito a um nível de exercício profissional desempenhado por enfermeiros devidamente credenciados que “*adquiriram conhecimentos especializados, elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática mais alargada/expandida (avançada), estando as características da mesma moldadas pelo contexto e/ou país onde estes estão habilitados para exercer*” (ICN, 2018, p.7). O acesso à prática de funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada, sendo o grau académico recomendado pelo ICN para o exercício da PAE o de mestrado (ICN, 2018).

Muito embora subsista, a nível internacional, uma plethora de títulos, designações e papéis profissionais (*nurse practitioner, clinical nurse specialist, nurse consultant, etc.*) para a PAE, existem características e competências comuns que são indispensáveis à prática de enfermagem para que ela possa ser considerada avançada, nomeadamente a nível da formação, natureza da prática e regulação, conforme se verá mais à frente neste trabalho.

A PAE reconhece aos enfermeiros que exercem a este nível, competências para antecipar

¹ Muito embora os termos “prática avançada”, “prática avançada de enfermagem” e “prática de enfermagem avançada” sejam frequentemente utilizados de forma intercambiável na literatura, optou-se por ao longo do presente trabalho utilizar a denominação “Prática Avançada de Enfermagem” (PAE) enquanto tradução do termo “*advanced practice nurse*” por se considerar ser esta a designação que mais se aproxima da definição do ICN. Esclarecimentos adicionais acerca das diferenças existentes entre estas terminologias serão dados quando da apresentação dos resultados obtidos com a Revisão Integrada da Literatura.

e gerir situações complexas de problemas de saúde, reais e potenciais, e confere-lhes legitimidade e autonomia para realizar tarefas e procedimentos tradicionalmente considerados de exclusividade médica, tais como realização de diagnóstico, prescrição de medicação e tratamentos, privilégios de admissão, alta e referência de doentes entre níveis de cuidados, gestão da doença, educação e promoção da saúde, entre outros. (ICN, 2018; DoH, 2010; RCN, 2019; Pulcini, 2009).

A PAE integra, ainda, a investigação, educação, gestão, prestação de serviços de consultadoria a prestadores de serviços de saúde, planeamento, implementação e avaliação de programas (ICN, 2018).

Embora a PAE tenha surgido e sido implementada à escala global com intuito de colmatar o *déficit* de médicos, nomeadamente em zonas rurais e remotas (Pulcini *et al.*, 2010; Kaasalainen *et al.*, 2010, Delamaire *et al.*, 2010), não se encontra esgotada nesta modalidade. De acordo com Delamaire *et al.* (2010), as iniciativas de desenvolvimento e implementação de papéis mais avançados para os enfermeiros também têm emergido com o intuito de promover a acessibilidade aos cuidados de saúde, melhorar a qualidade, conter os custos em saúde e aumentar o recrutamento e as taxas de retenção de enfermeiros, sendo que um crescente corpo de evidência tem documentado o impacto positivo da PAE nos resultados clínicos, na qualidade dos cuidados prestados, nos custos e na satisfação de utentes e profissionais (Newhouse *et al.*, 2011; O'Grady, 2008; DiCenso *et al.*, 2010; Delamaire *et al.*, 2010; Woo *et al.*, 2017).

Contudo, a adopção destas iniciativas nem sempre reúne consenso entre os diferentes *stakeholders* (Kaasalainen *et al.*, 2010; Pulcini *et al.*, 2010; Kleinpell *et al.*, 2014), pelo que é frequentemente necessário ultrapassar entraves e barreiras tais como a forte oposição e hegemonia da profissão médica, os interesses profissionais, a inexistência de legislação e mecanismos de regulação da prática profissional que viabilizem a PAE, insuficiente formação e educação para a PAE, ausência de metodologias de financiamento e de pagamento aos prestadores de cuidados, entre outras. (Buchan *et al.*, 2005; Delamaire *et al.*, 2010; Kleinpell *et al.*, 2014).

Entre a comunidade de enfermagem a implementação de PAE também não reúne consenso (Hamric *et al.*, 2013; Kaasalainen *et al.*, 2010). Enquanto alguns profissionais encaram a PAE como sendo a evolução natural da profissão e o reconhecimento e oficialização de tarefas e funções que já são atualmente imputadas e executadas pelos

enfermeiros, sem que para tal exista, em alguns países, regulação, legislação e remuneração em conformidade, outros consideram que a PAE se integra num modelo biomédico de prestação de cuidados, que pressupõe “mais medicina na enfermagem” que prejudica e diminui a ciência de enfermagem, pelo que para estes a PAE deve integrar “mais enfermagem na enfermagem” (Queirós, 2017).

1.2.8. Barreira e alavancas às estratégias de modificações de *skill mix*

A configuração da mão-de-obra e a combinação de competências são frequentemente um produto da história, do preconceito e da cultura (Payne e Keep, 2003). A redefinição de fronteiras entre grupos profissionais existentes e funções de trabalho estabelecidas têm representado um grande desafio organizacional na medida em que muitos *stakeholders* não concordam nem antevêm a necessidade de mudança (Halliwell *et al.*, 2000).

São muitos os fatores de contexto que podem condicionar as políticas de modificação do *skill mix* na força de trabalho em saúde. Bourgeault *et al.* (2008) dividem-nos em 3 níveis, macro, meso e micro.

No nível macro encontram-se os factores de contexto económico (mecanismos de financiamento, modelos de pagamento) e de regulação das profissões (profissionalização, reconhecimento legal educação e formação). Os fatores de nível meso dizem respeito ao contexto organizacional e institucional que pode afetar as iniciativas de *skill mix* em hospitais, instituições de saúde e comunidades (necessidades da população, disponibilidade de profissionais com diferentes competências, sistema de saúde local, reconhecimento das iniciativas de *skill mix* como essenciais para colmatar lacunas na prestação de serviços, apoio das associações profissionais e existência de lobbies a favor ou contra). Já os factores contextuais ao nível micro incluem as relações entre os diferentes profissionais de saúde bem como experiências anteriores com iniciativas de *skill mix* (incerteza, cultura e prática profissional, comunicação e relações profissionais) Esta visão estratificada realça a importância da utilização de instrumentos políticos que: acautelem o desenvolvimento e implementação de mecanismo de regulação quando da modificação ou introdução de novos papéis; apoiem e envolvam na prestação de serviços novos papéis profissionais ou a “valorização” de papéis profissionais existentes (cujas funções tenham, por exemplo, sido alargadas) por meio de financiamento e introdução de incentivos financeiros; garantam os requisitos educacionais e competência técnicas

indispensáveis e inerentes aos novos papéis profissionais e/ou à ampliação/valorização profissionais; e promovam, no caso iniciativas que visam mudanças de papéis profissionais diretamente, o apoio dos profissionais envolvidos e respectivas organizações Bourgeault *et al.* (2008).

Tabela 3. Factores de contexto na modificação de skill mix.

Níveis e Factores	Questões e Requisitos
Macro	
<i>Factores Económicos</i>	
<u>Financiamento</u>	Estabilidade e nível de financiamento para adoção de iniciativas de revisão da combinação de competências entre profissionais.
<u>Remuneração</u>	Metodologias de remuneração dos profissionais de saúde intra e entre profissões
<u>Cobertura por Seguro de Saúde</u>	Indispensável para a expansão do escopo profissional ou implementação de novos papéis profissionais. Dependente da configuração dos serviços de saúde
<i>Regulação e Fatores legais</i>	
<u>Escopo de Ação/âmbito da prática</u>	A sobreposição de escopos de ação entre profissionais de saúde viabiliza que profissionais com diferente formação assumam novas funções e/ou tarefas.
<u>Requisitos de registo para prática profissional</u>	Diferenças nos níveis de educação requeridos para a prática profissional, por disciplina/profissão-
<u>Responsabilização Profissional</u>	Compatibilidade entre o provedor de seguro e os profissionais Segurança quando da delegação de autoridade ao profissional mais responsável.
<u>Educação e formação</u>	Níveis de formação existentes; oportunidades para o desenvolvimento e aquisição de novas competências e responsabilidades.
Meso	
<i>Necessidades de Saúde das Populações</i>	Demografia; necessidades culturais e de saúde das populações locais.
<i>Disponibilidade Profissionais</i>	de Disponibilidade de profissionais de saúde para colmatar as necessidades em saúde das populações através de (re) combinações de diferentes competências.

<i>Sistema de Saúde Local</i>	Reconhecimento de que a iniciativa de skill mix a ser implementada se deve encaixar na gama de serviços disponibilizados no sistema de saúde, de forma a colmatar as lacunas existentes em termos de prestação de serviços, de forma a prover um continuum entre os níveis de prestação de cuidados
<i>Apoio dos stakeholders</i>	Apoio das associações profissionais para iniciativas de skill mix e <i>lobbies</i> , a favor e contra, existentes.
Micro	
<i>Incerteza/ Insegurança</i>	Grau de incerteza e insegurança dos profissionais afetados relativamente à iniciativa de skill mix a ser implementada, e experiências prévias com outras iniciativas de skill mix.
<i>Cultura e práticas profissionais</i>	Medida em que as diferenças profissionais, culturais e da prática, são reconhecidas no âmbito das iniciativas de skill mix, de forma a acautelar e respeitar as diferentes necessidades e expectativas dos profissionais envolvidos nas iniciativas de skill mix.
<i>Comunicação</i>	Métodos de comunicação, formais e informais, entre os profissionais de saúde envolvidos nas iniciativas de skill mix.
<i>Relações Profissionais</i>	Relações previamente e atualmente existentes entre os profissionais envolvidos/afetados pelas iniciativas de skill mix a serem desenvolvidas e implementadas.

Fonte: Adaptado de Buchan e Dal Poz, 2002

As políticas de modificação de *skill mix* entre médicos e enfermeiros, mediante implementação de estratégias de *task shifting* são, porventura, das mais estudadas na literatura (Delamaire *et al.*, 2010; Buchan e Dal Poz., 2002). Vários são os argumentos existentes a favor e contra o *task shifting* entre médicos e enfermeiros, como vários são os factores condicionantes da sua implementação, devendo estes ser devidamente acautelados, equacionados e ponderados pelos decisores políticos quando exploram a opção de uma política de expansão do campo do exercício da profissão de enfermagem, como seja a implementação de práticas avançadas de enfermagem.

De entre os fatores de contexto condicionantes da modificação de *skill mix* entre médicos e enfermeiros enunciados pela literatura, e focados ao longo deste estudo, destacam-se os seguintes: a disponibilidade de profissionais; os interesses dos profissionais; os modelos de organização dos cuidados de saúde e respectivas metodologias de financiamento; os mecanismos de regulação da prática profissional; as competências técnicas dos profissionais (educação) e oportunidades de formação (Buchan e Calman, 2004; Dubois *et al.*, 2009, Dubois *et al.*, 2006; Delamaire *et al.*, 2010; Niezen *et al.*, 2014; Pulcini *et al.*,

2010), No que concerne a disponibilidade de profissionais contata-se que as políticas de revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros emergiram, precisamente, no contexto de escassez de profissionais, sendo que o factor mais evocado para a adoção de estratégias de *task shifting*, nomeadamente de implementação de práticas avançadas em enfermagem, são a carência de profissionais médicos e a disponibilidade de enfermeiros em contexto de aumento de procura de serviços de saúde. Não é por isso de estranhar que estes papéis se encontrem mais desenvolvidos em países onde rácios enfermeiro/ médico são mais elevados tais como os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido (RU), Canadá, Austrália e Finlândia, sendo que a elevada disponibilidade de enfermeiros nestes países pode ser consecutivamente causa e efeito da implementação de PAE, já que esta incentiva simultaneamente o recrutamento e a retenção do pessoal de enfermagem (Delamaire *et al.*, 2010).

A (in) disponibilidade de profissionais de saúde, nomeadamente médicos, pode ainda ser condicionada por iniquidades na distribuição entre zonas rurais ou remotas e urbanas, podendo o *task shifting* emergir como uma possível solução. Contudo a delegação de tarefas entre profissionais de saúde pode ter implicações no planeamento e alocação dos RHS na medida em que é feita, por norma, a profissionais com qualificações inferiores, podendo resultar no sobrecarrego destes e indisponibilidade para a execução de tarefas exclusivamente suas, bem como em desmotivação profissional e deterioração da qualidade dos cuidados prestados.

As estratégias de revisão de *skill mix* estão, portanto, condicionadas pelo pool de PS existente, já que a sua exequibilidade depende sempre das características da força de trabalho (disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade), por exemplo, não é possível alargar o âmbito da prática profissional dos enfermeiros em países em que exista escassez de enfermeiros e excedentes de médicos, ou em localidades em que os enfermeiros não estejam acessíveis ou em que as populações não reconheçam a sua legitimidade para uma prática avançada, ou em contextos em que não esteja garantida a formação necessária para o desempenho de uma práticas segura e de qualidade.

Os interesses dos profissionais, manifestamente expressos pela posição assumida pelas associações profissionais dos diferentes *stakeholders* (em particular as associações de enfermeiros e médicos) face às políticas de revisão de *skill mix*, estão entre os fatores determinantes da possibilidade e velocidade de implementação de estratégias de *skill mix*, podendo uma forte oposição ou um veemente apoio determinar a viabilidade de uma

política de alteração de *skill mix*. Muito embora os PS estejam entre os principais interessados, quando se propõem políticas de revisão da combinação de papéis profissionais, verifica-se que a posição de parceiros sociais como sejam os reguladores profissionais (ordens), sindicatos, as entidades patronais, as escolas e os próprios consumidores de cuidados de saúde pode ter um forte impacto na implementação das mesmas. A título de exemplo, e no que à PAE diz respeito, verifica-se que, em todos os países em que esta prática foi implementada, as associações profissionais tiveram um papel fundamental na colocação da questão na agenda política, na mobilização do apoio político, na elaboração de propostas de ampliação da prática dos enfermeiros e na definição de requisitos adicionais de educação e formação (Delamaire *et al.*, 2010).

Relativamente aos modelos de organização dos cuidados de saúde, e respectivas metodologias de financiamento, verifica-se que sistemas de saúde com modelos de prestação de cuidados fragmentados, sem uniformização na regulação da prestação de cuidados entre as diferentes organizações prestadoras de serviços, com má coordenação e/ou falta de integração entre os vários setores e grupos ocupacionais e onde impere o “medicocentrismo” apresentam maior resistência às iniciativas de alteração de *skill mix* (Bourgeault *et al.*, 2008).

Também o nível de centralização/descentralização da tomada de decisão sobre estratégias de gestão de RHS que caracteriza cada sistema de saúde pode funcionar como barreira ou facilitador dos processos de modificação do *skill mix* (Buchan e Calman, 2004; Bourgeault *et al.*, 2008). Isto porque, se por um lado uma maior descentralização promove a flexibilidade na regulação das condições de trabalho, na remuneração e nas relações laborais, permitindo a implementação de novos modelos de trabalho, combinação e distribuição de PS, por outro lado o envolvimento de múltiplos *stakeholders* com distintos interesses na tomada de decisão dificulta a obtenção de consenso relativamente, por exemplo, ao nº de PS necessários (nº de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, especialistas, etc.), formação indispensável à prática, condições de educação, formação e trabalho (Bourgeault *et al.*, 2008).

De acordo com Buchan e Calman (2004), Dubois *et al.* (2006), Bourgeault *et al.* (2008) e Delamaire *et al.* (2010), a alocação de recursos financeiros e adequação dos modelos de remuneração às estratégias de *skill mix* implementadas são indispensáveis para o sucesso e sustentabilidade financeira das mesmas, sendo que os incentivos financeiros desempenham um papel preponderante na (re) definição de papéis profissionais e na

aceitabilidade ou recusa de desempenho dos mesmos pelos PS.

A evidência existente demonstra que modalidades de financiamento por resultados alcançados por uma equipa de trabalho em detrimento de modalidades de pagamento por serviço potenciam a optimização dos profissionais que constituem as equipas multiprofissionais (Dubois, *et al.*, 2009).

Modalidades de financiamento por acto, que resultam na perda de rendimento para o prestador sempre que existe transferência e/ou delegação de tarefas e/ou funções, por norma, constituem uma barreira às políticas de *task shifting* entre PS. Por outro lado, modalidades que não compreendam perda de rendimento e benefícios e potenciem a partilha de tarefas e responsabilidades entre profissionais, como sejam o pagamento por salário, o pagamento por capitação ou o pagamento por desempenho, podem promover o trabalho em equipa e servir de alavanca para uma combinação mais eficiente do *skill mix* (Delamaire *et al.*, 2010; Nelson *et al.*, 2014).

Muito embora as estratégias de *skill mix* sejam repetidamente implementadas com o objetivo de conter a despesa em saúde e promover a eficiência, Bourgeault *et al.* (2008) alertam para que, numa fase inicial, elas possam ser indutoras de custos em virtude da necessidade de formar, educar e treinar os PS para os novos papéis a serem assumidos, pela necessidade de reestruturar e/ou desenvolver novos modelos de trabalho e pela sobreposição que poderá ocorrer entre a implementação de novos modelos de prestação de serviços e descontinuação dos anteriores. De acordo com as autoras, as estratégias de *skill mix* nunca deverão, por isso, ser equacionadas a curto prazo ou motivadas unicamente pela contenção de custos.

Os mecanismos de regulação da prática profissional são apontados como um fator crítico na adopção de estratégias de revisão de *skill mix* entre PS. De acordo com Dubois *et al.* (2009) a regulação que rege as organizações de cuidados de saúde e os profissionais é densa e diversa e envolve múltiplas instituições e agências, exigindo o desenvolvimento de ligações complexas entre: as estruturas políticas que definem a distribuição de responsabilidades e de poder entre os vários grupos profissionais; as entidades reguladoras que assumem o controlo das actividades profissionais; as políticas e legislação que regem a prática profissional e oferecem incentivos, ou não, aos profissionais de saúde para melhorar; as regras, regulamentos e leis que regem o comportamento dos prestadores e as condições de trabalho.

A posição das associações (por ex. sindicatos e ordens profissionais) das profissões

afetadas pela revisão do mix de competências, emerge portanto como determinante na viabilização ou frustração de políticas de skill mix, já que o seu apoio ou oposição pode comprometer a implementação de iniciativas de modificação de skill mix.

A forte oposição da profissão médica a políticas de skill mix que compreendam a expansão de competências de outros profissionais ou a delegação de tarefas consideradas, historicamente ou por força da prática instituída, exclusivas do seu escopo de acção (por ex. diagnosticar e prescrever) é sobejamente conhecida e está amplamente documentada (Delamaire *et al.*, 2010; Bourgeault *et al.* 2008), prendendo-se com questões como sejam a sobreposição de tarefas e funções, o grau de autonomia e independência, responsabilização legal em casos de negligência e preocupações sobre as competências e conhecimentos necessários para uma prática segura e de qualidade.

O desenvolvimento de estratégias de *skill mix* que incluam uma maior flexibilidade na utilização dos RHS disponíveis deverá, portanto, acautelar a necessidade de alteração de incentivos para as várias profissões da saúde, promover a colaboração multidisciplinar, facilitar o trabalho mediante redefinição de fronteiras profissionais e assegurar que a prestação de cuidados é assegurada por profissionais adequadamente qualificados.

Neste contexto, é necessário proceder a alterações do quadro legal e regulatório que rege as profissões, para implementar estratégias de *skill mix* que envolvam o alargamento do escopo de acção dos PS e/ou a substituição de funções e/ou delegação de competências, tendo em vista a delimitação e adequação dos âmbitos de atuação de profissões com práticas sobrepostas, o que requer o apoio tanto do governo como das partes interessadas (Bourgeault *et al.*, 2008).

A desadequação de uma moldura jurídica que contemple e ampliação dos conteúdos profissionais e uma insuficiente regulamentação das funções expandidas, delegadas ou transferidas, quando de um processo de revisão do *skill mix*, pode ainda ser percebida pelos vários intervenientes do sistema de saúde como uma ameaça à segurança jurídica.

As competências técnicas dos profissionais e a capacidade para educar, formar e treinar são condições *sine qua non* para a implementação de estratégias de *skill mix* que compreendam o desempenho de novos papéis profissionais, quer seja por expansão ou delegação de tarefas, valorização ou inovação profissional. Tal requer a disponibilização de infra-estruturas educacionais e programas de treinamento e formação adequados aos novos papéis a serem desempenhados, o que pressupõe o financiamento e apoio do

governo às universidades e instituições de ensino. Um sistema educacional central e controlado pelo governo é, portanto, potencialmente facilitador (Bourgeault *et al.*, 2008).

O desenvolvimento e a activação de um quadro regulamentar que garanta padrões de formação e educação aceites como indispensáveis para a prática de determinadas funções pode incluir a acreditação de programas e instituições de formação, a concessão de licenças e a certificação de instalações sanitárias e profissionais de saúde, bem como a elaboração de leis que definem a prática para cada trabalhador.

No que à enfermagem diz respeito, tem-se vindo a assistir a uma crescente diferenciação na educação e formação dos enfermeiros, um pouco por todo o mundo (Delamaire *et al.*, 2010; Bourgeault *et al.*, 2008), o que se tem traduzido em oportunidades de expansão do exercício profissional e de desempenho de funções avançadas. Horrocks *et al.* (2002) salientam a crescente diferenciação dos enfermeiros, e a complexidade técnica dos cuidados por eles prestados, como uma das principais alavancas para a revisão de tarefas e implementação de PAE. Os autores referem contudo que a delegação de tarefas médicas a enfermeiros tem levantado questões relativamente às fronteiras entre estes dois grupos profissionais que se prendem com uma visão dicotómica da enfermagem: uma perspectiva mais biomédica (mais medicina na enfermagem) ou uma abordagem mais humanista, que englobe a essência do cuidar em enfermagem (mais enfermagem na enfermagem), o que pode ter impacto na aceitabilidade e disponibilidade de desempenho de PAE pelos enfermeiros.

Embora a aparente globalização da evolução das competências técnicas dos enfermeiros emerja como elemento facilitador da revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros, e pareça concorrer para a implementação de PAE, verifica-se que existe uma grande variabilidade, ao nível educacional, na formação dos enfermeiros sejam eles generalistas ou de prática avançada, o que torna difícil a comparação internacional. Não obstante as diferenças existentes na formação a nível internacional, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) recomenda o nível (grau académico) de mestrado para o exercício de funções avançadas em enfermagem.

A liderança em estratégias de modificação de *skill mix* que envolvam a revisão de papéis entre profissionais é impreterível, isto porque o planeamento, o desenvolvimento, a regulamentação, a supervisão e a gestão eficaz de RHS exige uma liderança efectiva e eficaz, capaz de: identificar necessidades, prioridades e objetivos; conceber e

implementar políticas adequadas; e gerir as interações com outros sectores governamentais e agências reguladoras que tomam decisões com impacto na mão-de-obra da saúde (Cometto *et al.*, 2020). No que à expansão do escopo de ação dos enfermeiros diz respeito, em todos os países onde os enfermeiros agora assumem papéis mais avançados, os governos tiveram que facilitar e apoiar o processo para superar barreiras: proporcionando a liderança necessária para dar início ao processo e envolver todas as partes interessadas, mobilizando o seu apoio (ou, pelo menos, minimizando a sua oposição); adaptando o quadro legislativo e regulamentar para permitir que os enfermeiros desempenhassem novas funções; proporcionando incentivos financeiros adequados para o estabelecimento de posições para enfermeiros de prática avançada; e ajudando a financiar novos programas de educação e formação para preparar os enfermeiros com posições avançadas (Delamaire *et al.*, 2010)

Nesta tese abordar-se ão as principais barreiras e elementos facilitadores de uma estratégia de *skill mix* que compreende *task shifting* entre médicos e enfermeiros - a Prática Avançada de Enfermagem - a nível internacional e em Portugal, quando da apresentação dos resultados obtidos com a realização da revisão da literatura levada a cabo no primeiro estudo.

1.2.9. Implementação de estratégias de *skill mix* na prática

Conforme evidenciado pela literatura, são vários os motivos que podem estar na origem da necessidade de uma política de revisão de *skill mix*, tal como são diversas as estratégias passíveis de serem utilizadas aquando da revisão da combinação de papéis entre profissionais de saúde, atendendo aos eventuais entraves ou facilitadores que possam surgir.

Buchan e O'May (2000) e Buchan e Dal Poz (2002) referem que as estratégias de revisão e modificação de *skill mix* não podem nem devem ser encaradas como uma “cura para todos os males” das organizações e/ ou dos sistemas de saúde. Assim sendo, sugerem, um conjunto de diretrizes práticas que visam fundamentar e orientar a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde relativamente à opção por uma estratégia de revisão de *skill mix*. Estas directrizes articulam-se ao longo de um percurso de 4 etapas, cada uma delas orientada por uma questão de fundo (figura 6):

Etapa 1 - A primeira etapa tem como questão orientadora “ Se o *skill mix* é a resposta então qual é o problema?”, e consiste na avaliação da necessidade efetiva de modificar o

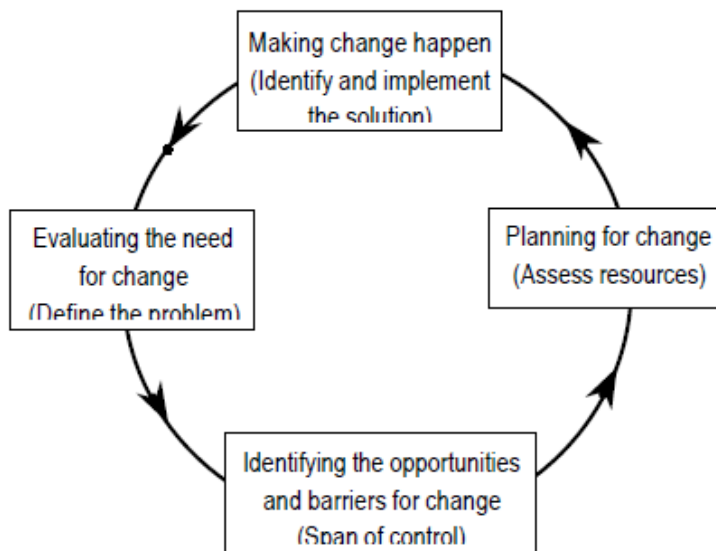
skill mix disponível, mediante a definição dos serviços atuais em termos de atividades desenvolvidas (necessidades das populações, actividades e funções desempenhadas, etc.), configuração das equipas multidisciplinares (número, mix de profissionais, competências, experiência, formação), qualidade dos cuidados prestados, indicadores de resultados e etc. Pretende-se assim identificar o (s) problema (s) para qual uma revisão na combinação de papéis entre PS parece ser a solução, já que podem existir outros métodos apropriados para lidar com o (s) mesmo (s). Após esta avaliação deverá ponderar-se se alterações ao skill mix são, efetivamente, a melhor resposta para o problema encontrado ou se existem outras alternativas mais adequadas.

Etapa 2 – A segunda etapa procura responder à pergunta “Qual a minha margem de manobra” e diz respeito ao controlo da margem de exequibilidade de uma política de modificação de skill mix entre PS. É proposto que ao longo da mesma se verifique a capacidade de resposta institucional (organização/sistema de saúde) em termos de rácios de pessoal, estrutura salarial, regulação e certificação profissional, valores sociais e culturais, etc. para proceder à mudança, já que embora a alteração ao skill mix pareça ser a solução ideal pode, contudo, não ser atingível.

Etapa 3 – A terceira etapa debruça-se sobre o planeamento da mudança e a análise de recursos disponíveis para agilizar a mesma, já que a existência ou não de determinados recursos (humanos, financeiros, sistemas de informação, etc.) condiciona e define as medidas a serem implementadas.

Etapa 4 – Na quarta etapa define-se e implementa-se a estratégia de modificação de skill mix mais adequada, tendo em conta os objetivos delineados, os recursos disponíveis e o horizonte temporal definido para a obtenção de resultados. Após a implementação da mudança tem início um novo ciclo, tendo em vista a avaliação do novo *skill mix* disponível. (Buchan e O’May, 2000).

Figura 5 – Ciclo de avaliação do *skill mix*



Fonte: Buchan e O'May 2000

Para se conjecturar acerca da necessidade e exequibilidade de implementação de uma estratégia de *skill mix*, que compreenda a revisão de papéis entre médicos e enfermeiros, mediante implementação de PAE em Portugal, recorreu-se a este referencial teórico e às etapas por ele enunciadas para mapear onde nos encontramos actualmente, em Portugal, em termos de implementação de prática avançada de enfermagem.

1.2.10. Indicações para revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros

As estratégias de revisão de *skill mix* podem ocorrer entre a generalidade dos profissionais de saúde que compõem a força de trabalho, existindo relatos relativamente à revisão da distribuição de papéis e tarefas entre médicos especialistas e médicos generalistas, assistentes médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde, farmacêuticos, profissionais de saúde comunitária, etc. (Fulton *et al.*, 2011, Buchan *et al.*, 2005). Contudo, verifica-se que, de entre as estratégias de *skill mix* mais revistas e investigadas na literatura se destacam as estratégias de *task shifting* entre médicos e enfermeiros (Buchan e Dal Poz, 2002; Sibbald *et al.*, 2004; Buchan e Calman, 2004; Bourgeault *et al.*, 2008; Dubois *et al.*, 2009).

Os motivos inerentes à revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros são coincidentes com aqueles enunciados no subcapítulo 2.2.4 (pág. 15), sendo que dentre estes a literatura realça: a escassez de médicos, provocada por uma carência efetiva ou iniquidades na

distribuição, face à eventual disponibilidade de enfermeiros; a promoção da eficiência num contexto de imperatividade de contenção de custos face a recursos limitados e aos constrangimentos provocados pelas alterações socio demográficas; e incentivo ao recrutamento e retenção de enfermeiros em contexto de diferenciação profissional e evolução de competências técnicas (Delamaire *et al.*, 2010; Buchan e Calman, 2004).

De entre os instrumentos mais utilizados para avaliação da adequação de *skill mix* entre médicos e enfermeiros encontram-se os seguintes indicadores: rácio de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes e rácio de enfermeiro/médico, sendo estes frequentemente utilizados para efeitos de *benchmarking*², bem como para efeitos de análises de eficiência e de sustentabilidade técnica e financeira entre organizações e/ou sistemas de saúde.

A utilização destes indicadores apresenta, contudo, limitações na medida em que a informação relativamente aos RHS recolhida e disponibilizada tende a ser fragmentada, incompleta e de difícil comparação a nível internacional, sendo que as competências e funções realizadas por estes profissionais não só variam entre países como, por vezes, dentro dos próprios países (Raeve *et al.*, 2014).

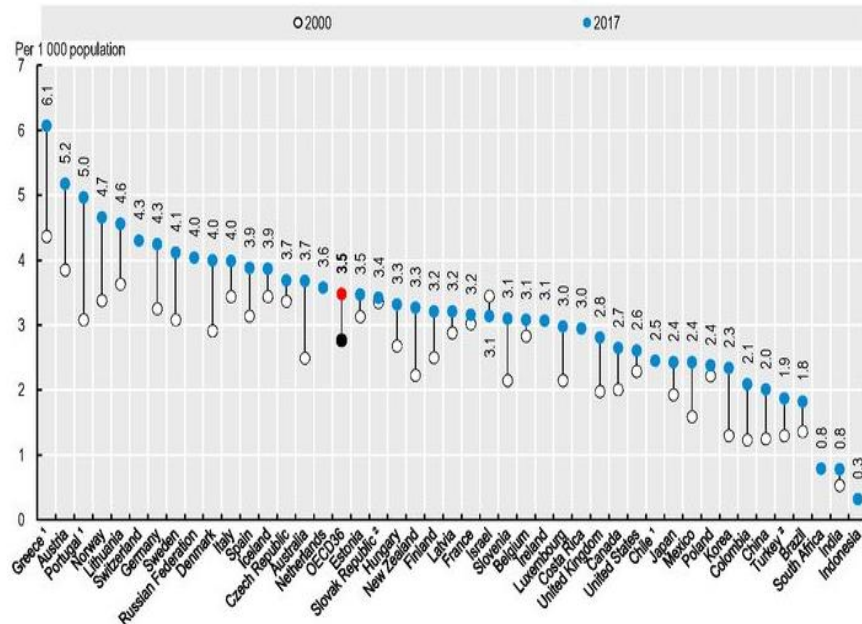
Contudo, as discrepâncias existentes no rácio enfermeiro / médico entre países da OCDE (ver figura 8) e a evidência de ocorrência de mudanças significativas neste rácio ao longo do tempo, em alguns países, tem levantado questões relativamente à necessidade, conveniência e direcção da mudança.

Efectivamente uma breve análise aos gráficos permite-nos constatar que, em 2017, o número de médicos/1.000 habitantes na Europa variava entre 6,1 na Grécia e 2,4 na Polónia, sendo a média do grupo de 3,5. Portugal destaca-se como um dos países com rácio mais elevado sendo, contudo, que uma nota de rodapé adverte para a possibilidade de uma sobrestimação na ordem dos 30%, pelo que rácio variará entre 2.45 e 3.5 (Figura 6). O número de enfermeiros/1.000 habitantes variava entre 17,7 na Finlândia e 4,6 na Letónia, sendo a média do grupo de 8,8 (Figura 7). Em Portugal o rácio era de 6.7 (OECD, 2019). No mesmo ano, o rácio enfermeiros/médicos variava entre 4,4 enfermeiros por médico na Finlândia e 1,4 enfermeiros por médico na Letónia, a média do grupo era de 2,7 enfermeiros por médico (Figura 8), (OECD, 2019), sendo que embora Portugal apresentasse um rácio de 1.3 e a Grecia de 1.0 estes se deviam, de acordo com a a nota de

² Processo contínuo e sistemático que permite a comparação das performances das organizações e respectivas funções ou processos face ao que é considerado "o melhor nível", visando não apenas a equiparação dos níveis de performance mas também a sua superação" (IAPMEI, 1996),

rodapé existente no gráfico, à sobrenotificação de médicos no primeiro caso e subnotificação de enfermeiros no segundo.

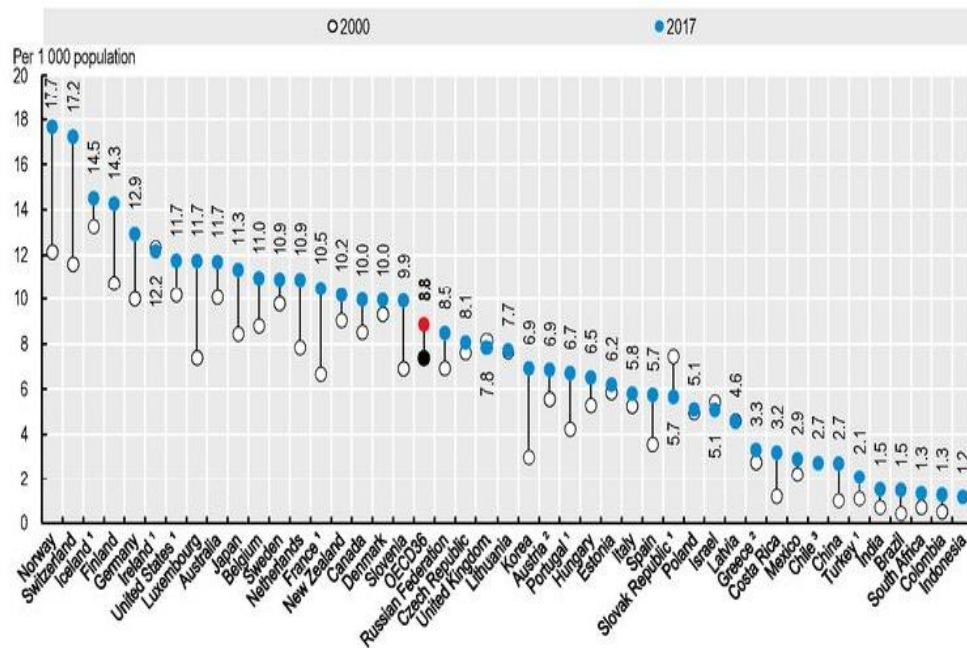
Figura 6 – Médicos/1.000 habitantes, Países OCDE (2000 e 2017 ou ano mais próximo)



1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal).
 2. Data include not only doctors providing direct care to patients but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 Source: OECD Health Statistics 2019.

Fonte: OECD, 2019

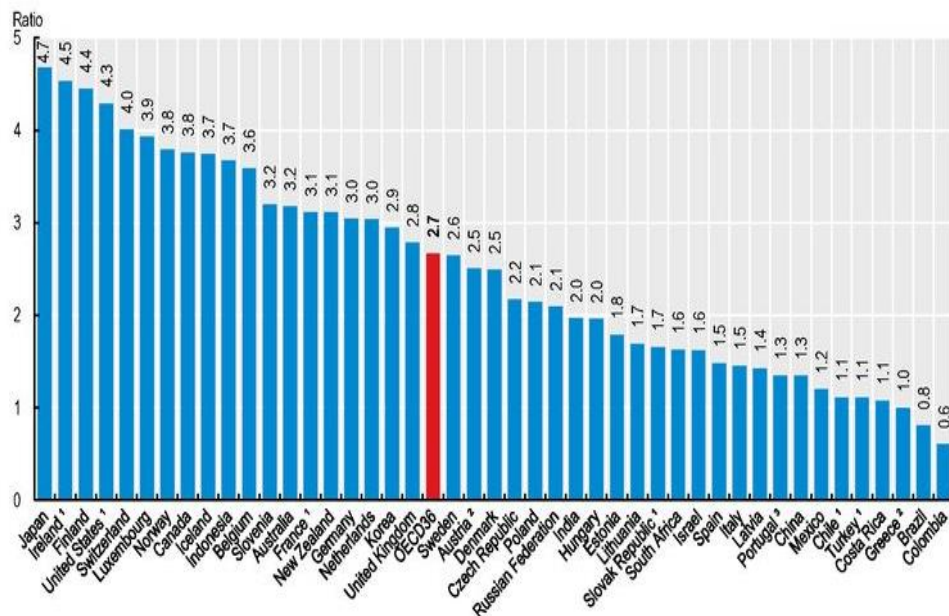
Figura 7 – Enfermeiros/1.000 habitantes, Países OCDE (2000 e 2017 ou ano mais próximo)



1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. 2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital. 3. Data in Chile refer to all nurses who are licensed to practice. Source: OECD Health Statistics 2019.

Fonte: OECD, 2019

Figura 8 – Rácio enfermeiros/médicos, Europa (2018 ou ano mais próximo)



1. For countries that have not provided data for practising nurses and/or practising doctors, the numbers relate to the "professionally active" concept for both nurses and doctors (except Chile, where numbers include all nurses and doctors licensed to practise). 2. For Austria and Greece, the data refer to nurses and doctors employed in hospitals. 3. The ratio for Portugal is underestimated because the numerator refers to professionally active nurses while the denominator includes all doctors licensed to practise.

Fonte: OECD, 2019

Muito embora uma análise inicial destes indicadores nos induza em algumas extrapolações, os dados devem ser cautelosamente examinados já que se percebe, desde logo pelas adendas em rodapé que constam dos gráficos importados do *site* da OCDE, que a compilação dos mesmos obedece a diferentes metodologias, sendo a informação obtida de distintas fontes. Há ainda que atentar para o facto de que diferentes nomenclaturas e designações podem levar a uma sob ou sobrenotificação de profissionais numa determinada categoria. A título de exemplo a Raeve *et al.* (2014) refere que o conceito de “Enfermeiro” não é unânime, sendo que em alguns países chega mesmo a englobar um conjunto de profissões adjuvantes, tais como os auxiliares de enfermagem, técnicos de saúde e afins.

Não obstante as diferenças existentes a nível internacional na elaboração destes índices, eles permanecem, e são globalmente aceites, como “ *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*” (Temido, 2014, p. 25).

1.2.11. Breve diagnóstico e análise da situação em Portugal

A composição da mão-de-obra na área da saúde, em Portugal, tem sido descrita como uma combinação ineficiente de recursos, o que acarreta consequências a nível da produtividade e acessibilidade a certos serviços (ERS, 2011; Buchan *et al.*, 2013).

Muito embora a análise dos rácios apresentados acima pareça corroborar a aparente ineficiência na combinação de papéis entre médicos e enfermeiros, diagnosticada em Portugal mediante documentação de um rácio médico/ 1000 habitantes muito superior ao da grande maioria dos países da OCDE (5.0 vs 3.5), a premissa que evoca a revisão dos papéis profissionais por escassez de médicos em contexto de disponibilidade de enfermeiros parece não se aplicar ao contexto português, já que aparentemente predomina o cenário inverso, ou seja, um excedente de médicos em contexto de disponibilidade de enfermeiros. A análise deste rácio deve, contudo, ser devidamente acautelada na medida em que, conforme evidenciado por Correia *et al.* (2018; 2020) a disponibilidade e qualidade da informação referente aos RHS em Portugal é pouco precisa, o que não só dificulta e enviesada a monitorização dos números e o diagnóstico de situação, como também dificulta o planeamento estratégico da força de trabalho em saúde, o que de resto é evidenciado pela informação disponibilizada na nota de rodapé do gráfico, que indica

que este rácio pode estar sobrestimado em cerca de 30%.

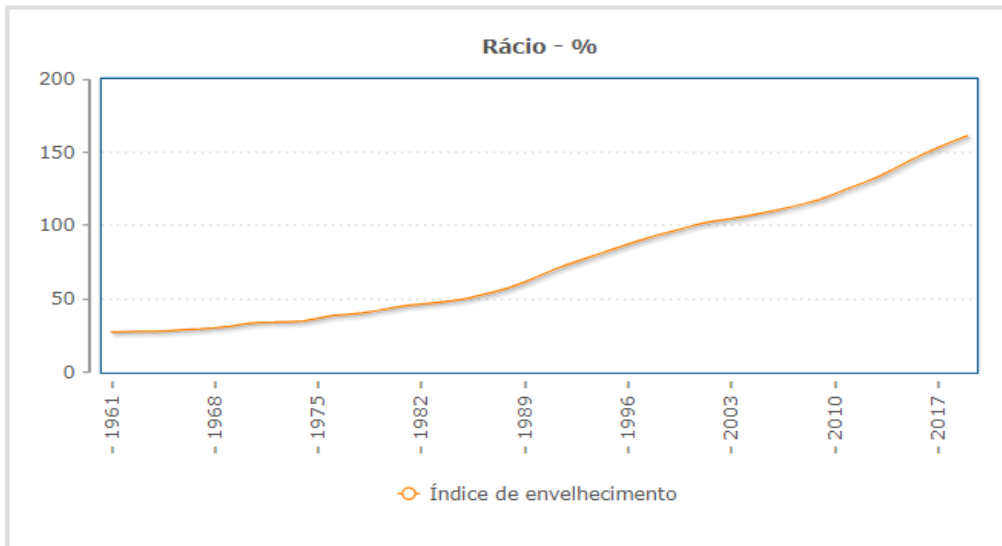
Não obstante a aparente “abundância” de médicos, constata-se que permanecem as iniquidades – geográfica e por especialidades – na distribuição dos mesmos, sendo este o grupo de PS mais envelhecido, nomeadamente no âmbito das especialidades de Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública (Correia *et al.*, 2018), o que pode constituir argumento a favor da revisão de papéis entre estes PS já que, historicamente, foi este um dos motivos que esteve na origem da modificação de skill mix entre médicos e enfermeiros.

No que concerne a promoção da eficiência verifica-se que o sistema de saúde Português enfrenta os mesmos constrangimentos que os seus parceiros e congéneres a nível internacional: imperatividade de contenção de custos face a recursos limitados (CNS, 2017); aumento da procura de cuidados de saúde em contexto de alterações socio demográficas que se pautam pelo envelhecimento da população (FFMS, 2019); crescente exigência em termos de quantidade e qualidade dos cuidados prestados face a uma população cada vez mais diferenciada e reivindicativa (FFMS, 2019). A garantia da sustentabilidade financeira do sistema de saúde passa, por isso, incontornavelmente pela utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, nomeadamente dos RHS que são, indubitavelmente, dos “factores de produção” mais dispendiosos em saúde. Assim sendo, e também no que aos RHS diz respeito, a substituição de “factores de produção” mais onerosos por outros com menor custos associados oferece-se como uma solução aliciante, desde que estejam garantidos os mesmos *outcomes*. Os baixos rácios enfermeiro/médico e enfermeiro/1000 habitantes e o elevado rácio médico/1000 habitantes, comparativamente aos demais países da OCDE, parecem, por isso, evidenciar ineficiência no que a gestão de RHS diz respeito, já que a disparidade salarial entre estes 2 grupos profissionais é acentuada, sendo que um médico ganha em média 2.7 vezes o ordenado médio nacional, 1.6 vezes mais do que um enfermeiro que aufer 1.1 vezes o ordenado médio nacional (OCDE, 2019). Assim sendo, e de acordo com os dados disponibilizados pela OCDE no relatório Health at a Glance de 2019, um enfermeiro recebe em média menos 40.7% do que um médico em Portugal, pelo que a substituição de um factor de produção por outro, se ou quando possível, poderia traduzir-se em ganhos económicos.

A este respeito, um exercício levado a cabo por Barros (2011), que pretendia analisar o grau de substituição entre enfermeiros e médicos no setor de saúde português, concluiu que existe margem de substituição relevante entre o trabalho médico e de enfermagem em Portugal, mais significativa nos CSP, sendo que a utilização mais intensiva de

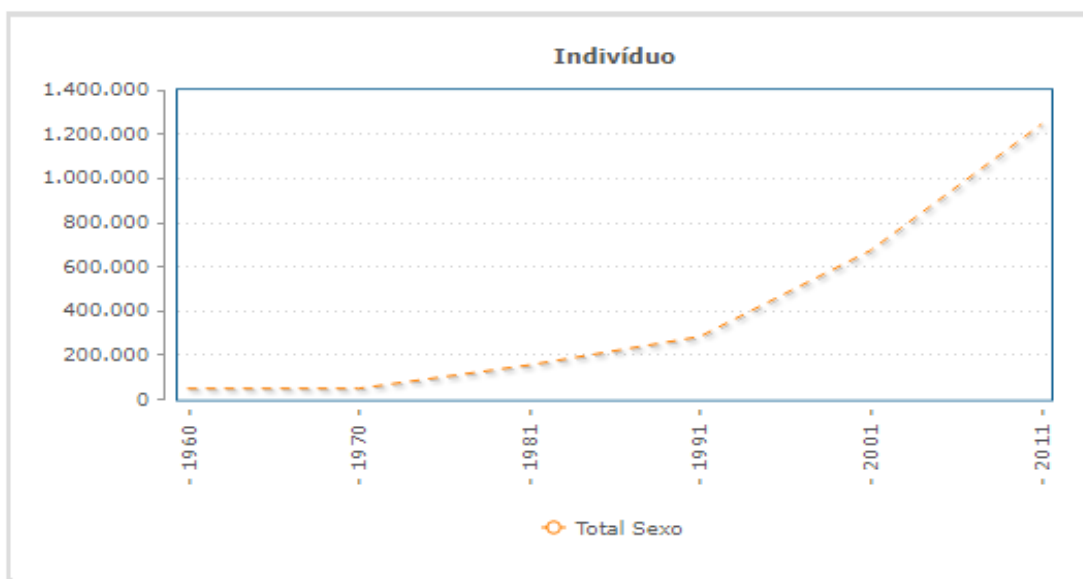
enfermeiros permitiria, de acordo com a prática atual e os dados disponíveis, para idênticos níveis de actividade, diminuir os custos e melhorar a eficiência.

Figura 9 – Índice de envelhecimento: Número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos (%).



Fonte: FFMS, PORDATA, 2019

Figura 10 - População residente com Ensino Superior completo (actualizado: 2015-06-26)



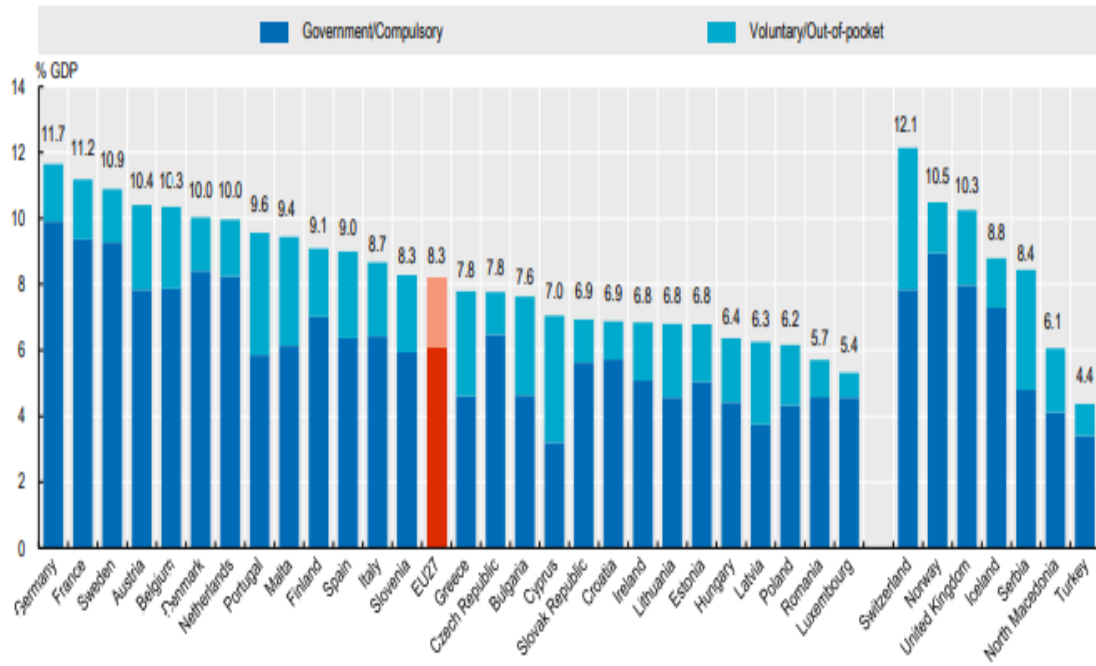
Fonte: FFMS, PORDATA, 2019

Apesar da aparente ineficiência no âmbito da gestão de recursos humanos, evidenciada pelos argumentos e números supracitados, verifica-se que, no que concerne aos custos dispendidos com a saúde, Portugal apresenta uma alocação de recursos à saúde (9.1% do PIB no ano de 2017) muito próxima daquilo que é a média da OCDE (8.8%), onde o Luxemburgo foi o país que menor % do PIB dirigiu à saúde (5.4% do PIB), e a Suíça o que país que mais dispendeu em saúde (12.2% do PIB), conforme evidenciado na figura 11. A análise destes números também requer prudência já que o PIB de países como sejam o Luxemburgo é muitíssimo superior ao de Portugal pelo que os custos totais podem ser bastante superiores, não obstante exigirem uma taxa de esforço francamente menor, conforme se constata na figura 12. Efectivamente, de acordo com dados da OCDE, Portugal gastava, em 2017, cerca de 2 029 euros *per capita* em cuidados de saúde, 30 % menos que a média de 2 884 euros da UE (OECD, 2019).

De referir ainda que a despesa total em saúde em Portugal, que tinha decrescido cerca de 1 ponto percentual entre 2010 e 2017, tem vindo desde então a aumentar, tendo no ano de 2020 atingido o valor mais elevado desde 2010, cerca de 10.1% do PIB, mais 0.6 pontos percentuais que em 2019 (FFMS, 2020), acreditando-se que tal se deve, em parte, ao impacto da pandemia provocada pela COVID 19 no consumo de recursos.

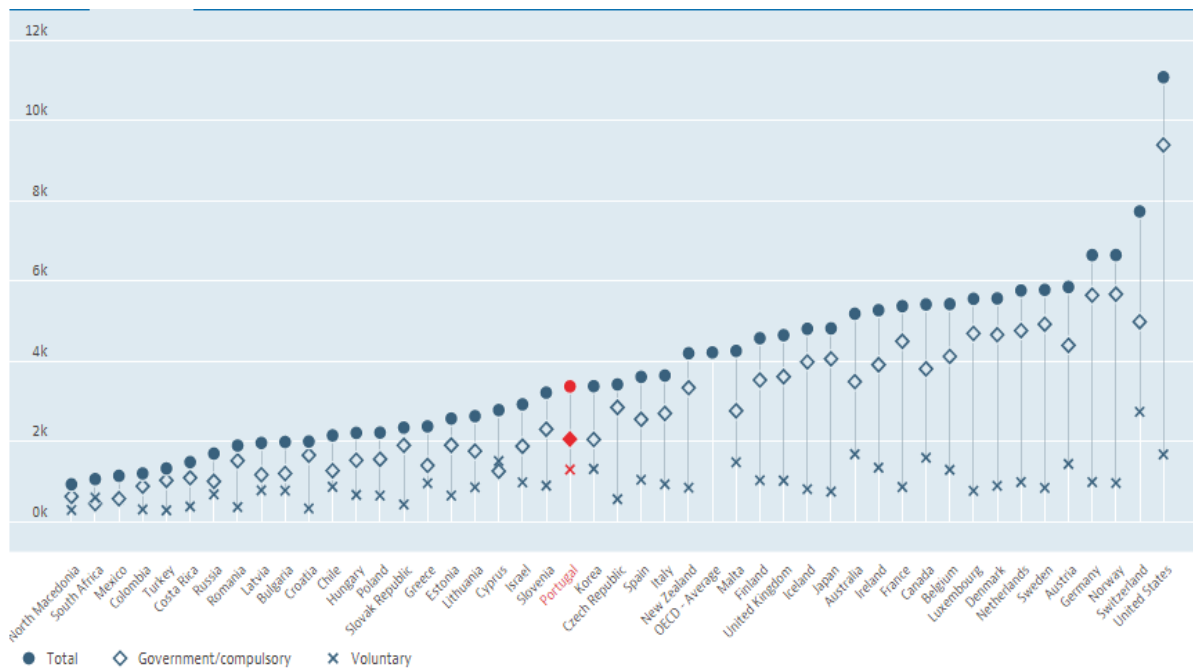
De realçar que estas variações na despesa em saúde ocorreram em contexto de aparente acréscimo do nº de PS disponíveis (FFMS, 2019; Correia *et al.*, 2018) e de reformas políticas no sector da saúde que introduziram, entre outras, estratégias de inovação nas metodologias de remuneração dos PS, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários (Gouveia *et al.*, 2006). Não obstante parece haver, ainda assim, margem para optimização da gestão de RHS, nomeadamente mediante revisão de papéis entre PS.

Figura 11 - Custos com a saúde em % PIB, Europa (2019 ou ano mais próximo)



Fonte: OECD, 2020

Figura 12 - Custos com saúde em dólares dos USA *per capita* (2019 ou ano mais próximo)



Fonte: OECD, 2020

No que à acessibilidade diz respeito, o artigo 64º da Constituição determina que cabe ao Estado “*assegurar o direito à protecção da saúde*”, sendo que para o fazer deve “*garantir o acesso de todos os cidadãos*”, assegurando uma cobertura nacional de modo racional e eficiente, “*a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”.

Também a recente Lei nº95/2019 de 20 de Agosto, que veio revogar a lei de Bases da Saúde, n.º 48/90, de 24 de agosto, estabelece nas bases I, II e IV que “*todas as pessoas ... têm direito a: a) à “protecção da saúde”; b) “aceder a cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”; c) “igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade*”.

Esta lei dita ainda, na base XX, que o estado Português tem o dever de promover e garantir o direito à protecção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais, cabendo ao SNS pautar a sua atuação pelos princípios da universalidade quanto à população abrangida, generalidade dos cuidados prestados (promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes), tendencial gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; equidade, mediante promoção e correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis; qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes; proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde; sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis; transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

Não obstante os direitos consagrados aos cidadãos e as responsabilidades inerentes ao Estado de os garantir, a informação e evidência disponíveis demonstram que existem desigualdades na acessibilidade a cuidados de saúde, sendo que tal se deve, em parte, a assimetrias na distribuição de PS e iniquidades no acesso a cuidados de saúde (por ex. consultas de especialidade) (Correia *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2017).

O desequilíbrio na distribuição geográfica de RHS foi, de resto identificado como o principal contributo para as iniquidades que persistem, verificando-se uma concentração de médicos na região litoral, particularmente nas regiões de Coimbra, Lisboa, e Porto, que contrasta com a escassez de profissionais em áreas mais remotas e rurais onde as populações são mais pobres e envelhecidas (Russo *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2017). De acordo com Martins *et al.* (2007) e Ramos *et al.* (2017) as assimetrias regionais são particularmente evidentes na distribuição de especialistas em MCGF, saúde pública, psiquiatria e anestesia.

No que aos CSP diz respeito Ribeiro *et al.* (2014) e Oliveira *et al.* (2017) referem que cerca de 10 a 12% da população não tem acesso a médico de família e que, embora tenham sido tomadas medidas para fazer face à escassez de MCGF (aumento do nº de utentes por MCGF, contratação de médicos estrangeiros, criação de incentivos à mobilidade geográfica de médicos para zonas carenciadas), estas revelaram-se insuficientes (Fronteira *et al.*, 2020; Russo *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2017; Masanet, 2017). Assim, e uma vez que existe maior equilíbrio entre regiões na distribuição de enfermeiros do que de médicos (Dussault e Fronteira., 2010), a revisão de papéis entre estes dois grupos de profissionais pode, eventualmente, contribuir para a promoção da equidade no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente nas zonas de maior escassez.

A expansão do campo de acção dos enfermeiros e a delegação de certas funções/tarefas médicas a enfermeiros pode, ainda, libertar os primeiros para a execução de tarefas da sua exclusiva responsabilidade, por exemplo consultas de especialidade médica, actividade cirúrgica, o que pode resultar em mais-valias como sejam diminuição das lista de espera cirúrgica, diminuição dos tempos de espera para uma primeiras consultas de especialidade, aumento do nº de utentes por médico de família sem que tal acarrete prejuízo para os utentes.

Conforme evidenciado em 1.1.2.4 as alterações aos papéis profissionais entre médicos e enfermeiros também pode ser introduzida tendo em vista o incentivo ao recrutamento e retenção em contexto de diferenciação profissional e evolução de competências técnicas dos profissionais. (Delamaire *et al.*, 2010, Buchan *et al.*, 2005).

Em Portugal tem-se vindo a assistir a uma acentuada diferenciação da profissão de enfermagem desde 1988, altura em que ocorreu a integração do curso de enfermagem no sistema educativo nacional e o reconhecimento académico dos seus vários níveis de

formação (DL nº 480 de 23.12). A subsequente transformação do curso em licenciatura, em 1999, o surgimento dos mestrados em Ciências de Enfermagem, em 1992, e a criação do Curso de Doutoramento em 2004 vieram conferir à Enfermagem a idoneidade e estatuto de ciência, sendo evidente a aposta na formação e diferenciação pelos enfermeiros portugueses, desde logo pelo crescimento exponencial do número de especialistas, a que se assistiu desde o ano de 2005, altura em que reabriram os cursos de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem.

O crescente número de especialistas, mestres e doutorados em enfermagem constitui um marco no desenvolvimento científico e técnico das ciências de enfermagem em Portugal, sendo que em 2018, a OE reportava a existência de 18.682 enfermeiros especialistas num universo de 73.912, o correspondente a 17% da totalidade dos enfermeiros (OE, 2018).

Não obstante a diferenciação profissional, as funções desempenhadas e as responsabilidades atribuídas a estes enfermeiros parecem não ter acompanhado o “passo” da sua diferenciação, constatando-se que grande parte deles desempenham as mesmas tarefas e funções que anteriormente, apesar das competências acrescidas (Silva *et al.*, 2018) sendo que, tal como referido por Plogh, 2011, p.25, *“no essencial, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde continuam a trabalhar e a organizar-se como há 50 anos atrás”*.

Em Portugal a *“... a divisão do trabalho entre médicos e enfermeiros mudou pouco ao longo dos anos, apesar dos esforços da Ordem e das associações profissionais e do progressivo reconhecimento quer de áreas de especialização quer de áreas de competências acrescidas ... As atividades formalmente realizadas pelos enfermeiros de cuidados gerais mudaram pouco ... apesar dos enfermeiros, sobretudo especialistas ou detentores de certificação de competências acrescidas, possuírem conhecimentos e habilidades que permitem realizar atividades mais complexas de modo autónomo, como gerir pacientes crónicos estáveis, gravidez normais, prescrever algumas ajudas técnicas e alguns fármacos, análises e exames, sem qualquer risco para o utente...”* e, embora haja *“programas de formação tendo em vista a obtenção de novas competências ... e quadros normativos e legislativos adaptados que enquadram legalmente o exercício avançado de cuidados de enfermagem e ... abertura [por parte dos profissionais] para a expansão do papel do enfermeiro ... há resistência por parte da Ordem dos Médicos e uma fraca capacidade de advocacia da profissão por conta de algumas divisões internas em torno desse assunto...”* Fronteira *et al.* (2020, p. 280). De acordo com os autores *“a redefinição*

do papel do enfermeiro é um desafio mais político que técnico que só pode acontecer se a profissão apresentar uma frente consensual e conseguir o apoio social e político necessário ...” Fronteira *et al.* (2020, p. 280).

Talvez por isso um estudo que pretendia estudar a taxa de intenção de abandono profissional entre enfermeiros tenha concluído que, por motivos de insatisfação, 42,5% dos enfermeiros abandonariam a sua instituição, se possível, sendo que enfermeiros especialistas apresentavam intenção de abandono profissional ligeiramente superior aos demais, enquanto enfermeiros que trabalham em unidades onde existe maior satisfação com as oportunidades de progressão na carreira, mais pessoal e maior satisfação com a participação na gestão hospitalar apresentavam menor intenção de abandono (Leone *et al.*, 2015). Um trabalho desenvolvido por Poeira *et al.* (2019), que procurou avaliar a propensão para a mudança de profissão em enfermagem, reiterava esta realidade, sendo que numa amostra de 462 enfermeiros cerca de 57,2% já sentiu, em algum momento, vontade de abandonar a profissão de enfermagem.

De referir ainda que Portugal tem um número relativamente baixo de enfermeiros quando comparado com os demais países da OCDE, sendo que “*a crise económica e os baixos salários dos PS levaram, (...) sobretudo, os enfermeiros a abandonar o SNS em troca de empregos com melhores salários noutros setores ou noutros países da EU, (...) com a agravante do número de licenciados em enfermagem ter vindo a cair sistematicamente desde 2010*” (OECD, 2019, p. 19).

A premissa de revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros com intuito de incentivar o recrutamento e retenção de enfermeiros em contexto de diferenciação profissional e evolução de competências técnicas parece, portanto, aplicar-se ao contexto português.

Não obstante aparentar estarem reunidas as premissas que fomentam a implementação de políticas de RHS que contemplem a expansão das funções e competências dos enfermeiros, nomeadamente mediante implementação de PAE, esta medida parece não reunir consenso entre os diferentes stakeholders em Portugal (Buchan *et al.*, 2013, Temido *et al.* 2015), sendo que estudos recentes apontam para uma divisão de opiniões entre as partes interessadas, não parecendo “*... haver forte movimento de defesa em favor das mudanças na combinação de competências médicos/enfermeiro ...*”, sendo que “*... as visões (dos profissionais) divergem ... alguns são totalmente a favor enquanto outros discordam totalmente com toda sorte de nuances entre esses dois extremos ...*” (Buchan

et al., 2013, p. 44), por um lado porque “o *gap de necessidades assistenciais não satisfeitas não é percebido igualmente*”, e por outro lado porque o entendimento dos PS face à expansão da prática de enfermagem é interpretada por alguns médicos como uma ameaça ao seu território profissional, e por alguns enfermeiros como uma contradição face ao seu foco de trabalho – cuidar -, e ao volume de trabalho a que já estão sujeitos. (Temido *et al.*, 2015). Parece, contudo, “*existir espaço normativo para uma utilização mais efetiva das competências dos enfermeiros, suscetível de contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde português*” (Temido, 2014, p. 90).

Este breve diagnóstico de situação permite-nos concluir-se que o sistema de saúde Português se confronta, actualmente, com problemas semelhantes àqueles que desencadearam iniciativas de revisão do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, pela via da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem, noutros países, sendo esta estratégia considerada e reconhecida por consultores, investigadores e parceiros sociais como válida para fazer face aos desafios que o sistema de saúde enfrenta.

Contudo, são vários os factores que concorrem para o sucesso ou fracasso de uma política de RHS sendo que, de entre estes, factores de contexto, como sejam os condicionalismos políticos, sociais e económicos e os interesses dos vários *stakeholders*, assumem particular relevância (Dussault *et al.*, 2003, Bourgeault, 2008) pelo que devem ser acautelados e ponderados sempre que se equacionam iniciativas de modificação do *skill mix* disponível na força de trabalho (Buchan e Calman, 2004; Sibbald *et al.*, 2004; Bourgeault *et al.*, 2008; Delamair *et al.*, 2010).

Os PS são atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente para viabilizar ou frustrar políticas de saúde (Rigoli *et al.*, 2003), consistindo o mercado de trabalho de RH numa arena de ação política na qual diferentes interesses se confrontam (Mercer, 2003). O êxito de uma política de modificação do *skill mix* encontra-se, assim, fortemente condicionado pelo consenso que sobre ela existe entre PS, e pela apreciação que os PS fazem da redistribuição do trabalho e dos papéis profissionais a expandir. Assim sendo, é crucial explorar reações individuais e coletivas às tentativas de reforma para compreender potenciais respostas dos PS e aumentar a probabilidade de aceitação dos novos papéis a serem desempenhados e a otimização da sua utilização, sendo que para tal serve a presente investigação.

1.3. Questões de Investigação

A primeira etapa num processo de investigação é “*enunciar o projeto de investigação na forma de uma pergunta de partida*” (Quivy e Campenhoudt, 2008, p. 32) assim sendo, definiu-se como pergunta de partida “Quais as condicionantes da aceitabilidade de desempenho de PAE pelos Enfermeiros Especialistas em Portugal?”

Partindo desta questão orientou-se e dividiu-se a temática em várias perguntas derivadas que “*decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a estudar*” (Fortin, 2009, p. 101) e que, após terem sido organizado e agrupado em temáticas, conduziram cada um dos quatro estudos que compõem a presente tese.

1.3.1 Estudo 1 - Conceptualização de Prática Avançada de Enfermagem

- Em que consiste a PAE a nível internacional?
- Quais as principais barreiras e elementos facilitadores de implementação da PAE?
- Quais os resultados da PAE a nível internacional em termos de custo efetividade, promoção da qualidade, segurança e satisfação de utentes e profissionais?
- Onde nos encontramos relativamente à implementação de PAE em Portugal?

1.3.2 Estudo 2 - Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade

- Qual a conceptualização que os EE têm da PAE?
- Qual a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal?
- Quais as crenças e atitudes dos EE relativamente à implementação de PAE em Portugal?
- Qual a aceitabilidade de desempenho de PAE entre o EE portugueses?
- Será que os EE já desempenham, no seu quotidiano, funções compatíveis com PAE?

1.3.3 Estudo 3 - Validação de Instrumento de recolha de dados

- Será que o instrumento desenvolvido para avaliar e explorar a aceitabilidade de desempenho de PAE entre EE é válido?

1.3.4 Estudo 4 - Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal

- Existe um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE entre os EE em Portugal que permita determinar resultados futuros?
- Existem características sociodemográficas, crenças e/ou atitudes que contribuem para a aceitabilidade de desempenho de PAE pelos profissionais e permitam prevê-la?

1.4 Objectivos

Esta tese foi concretizada com o intuito de contribuir, com evidências para a discussão da pertinência e viabilidade da implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal, enquanto política de modificação no *skill mix* entre médicos e enfermeiros e de reconfiguração da combinação das profissões médica e de enfermagem, tendo em vista um melhor desempenho do sistema de saúde português em termos de acesso, eficiência e qualidade.

A tese foca-se na aceitabilidade social de uma política de RHS que compreenda a modificação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros em Portugal, mediante a expansão do campo de exercício da enfermagem através da implementação de PAE, procurando compreender e explicar a conceptualização, disponibilidade, aceitabilidade e preferências de profissionais de enfermagem, hipoteticamente habilitados para a PAE, relativamente a esta opção política.

1.4.1 Objectivo Geral

Numa investigação, o objetivo "*constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando, conseqüentemente, o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo*" (Freixo, 2011, p. 164). Assim sendo, o presente trabalho de investigação tem como objetivo geral:

- Contribuir para a discussão da pertinência e viabilidade da implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal mediante análise da aceitabilidade de desempenho desta prática pelos enfermeiros especialistas em Portugal.

1.4.2 Objectivos Específicos

Do conjunto dos objetivos deve estabelecer-se uma diferenciação entre os objetivos gerais e específicos, pois " tanto os objetivos gerais como os específicos permitem o acesso gradual e progressivo aos resultados finais" (Sousa e Batista, 2011, p. 26). Assim sendo, foram definidos os seguintes objetivos específicos, os quais se procuraram atingir com a realização dos diferentes estudos.

1.4.2.1 Estudo 1 – Conceptualização de Prática Avançada de Enfermagem

Objectivo: Determinar em que consiste a PAE a nível internacional e onde se encontra Portugal face à sua implementação.

Objetivos específicos:

- Clarificar a conceptualização da Prática Avançada de Enfermagem à luz da bibliografia internacional.
- Conhecer as principais barreiras e elementos facilitadores da implementação de PAE a nível internacional.
- Conhecer os resultados da PAE em termos de custo efetividade, qualidade dos cuidados, segurança e satisfação de utentes e profissionais, a nível internacional.
- Determinar onde nos encontramos em termos de implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal.

1.4.2.2 Estudo 2 – Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade

Objectivo: Determinar a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal mediante análise da aceitabilidade de desempenho de PAE.

Objetivos específicos:

- Explorar a conceptualização que os EE portugueses têm de PAE
- Apreender a posição dos EE face à implementação de PAE.
- Explorar Crenças e Atitudes dos EE face à implementação de PAE em Portugal
- Determinar e analisar a aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada de

Enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Portugal.

1.4.2.3 Estudo 3 – Validação do instrumento de recolha de dados

Objectivo específico: Proceder à validação de um instrumento de recolha de dados desenhado para determinar e explorar a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE em Portugal.

1.4.2.4 Estudo 4 – Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal

Objectivo: Compreender a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE e suas condicionantes.

Objectivo Específico: Explorar a existência de um padrão preditivo da aceitabilidade de desempenho de PAE por EE, mediante identificação de características sociodemográficas e/ou crenças e atitudes que contribuam para prever a aceitabilidade da PAE.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo propô-se analisar a conceptualização que os enfermeiros especialistas a exercer funções em território nacional têm de PAE, e apreender a posição dos mesmos face à implementação da PAE em Portugal, mediante análise da aceitabilidade social de uma política de RHS que compreende a expansão do escopo de acção dos enfermeiros e a redefinição de competências, funções e tarefas a serem realizadas no âmbito da prática de Enfermagem.

O foco neste grupo de enfermeiros prende-se com o facto destes profissionais de enfermagem serem os que apresentam qualificações mais próximas daquelas definidas pela ICN para a PAE, “... *os Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) ...*” são profissionais que “*adquiriram conhecimentos especializados, competências de tomada de decisão complexas e proficiência clínica para uma prática mais alargada/expandida, sendo as características da mesma moldadas pelo contexto e/ou país onde este está habilitado para exercer [sendo] o nível de mestrado recomendado para o exercício da prática.*” (ICN, 2018, p.7).

Isto porque, em Portugal, a atribuição do título de especialista pressupõe a frequência de um curso, pós licenciatura, de 1.5 a 2 anos, sendo o enfermeiro especialista “... *aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser - lhe atribuído, ..., o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

A atribuição do título de enfermeiro especialista contempla, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

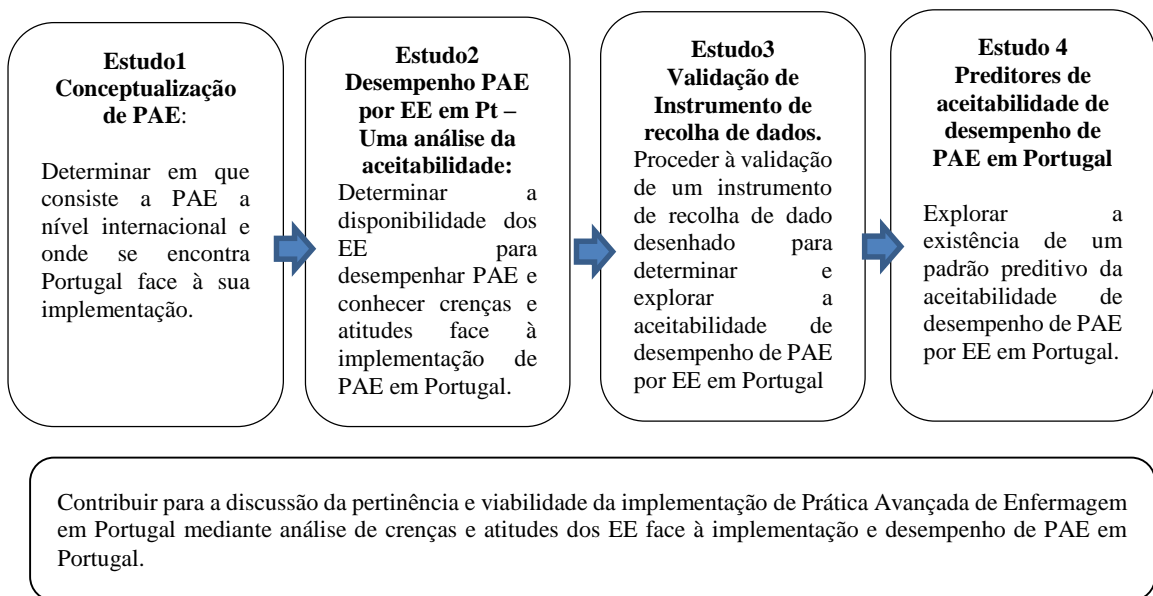
As competências comuns do Enfermeiro Especialista, reguladas de acordo com as disposições do Estatuto em vigor, “... *envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem ...*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

De referir ainda que um documento recente da OE, que se propunha estudar o impacto da especialização dos cuidados de enfermagem, alinou os cuidados prestados pelos EE com os cuidados prestados pelos enfermeiros de PAE, estabelecendo paralelismo entre ambos na medida em que “... a especialização em Enfermagem é uma tendência internacional, tendo-se definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar actividades do seu âmbito de competência mais complexas, que extravasam o domínio dos cuidados gerais...” (Lopes et al., 2018, p.5).

2.1 Conceptualização do Estudo

A presente tese consubstancia-se na compilação de quatro estudos parcelares, sequenciais e articulados entre si, com diferentes abordagens metodológicas, mediante convergência e integração da informação parcelar dos estudos na interpretação dos resultados globais, tendo em vista uma análise compreensiva da problemática em estudo, conforme demonstra o fluxograma de articulação dos estudos e seus objetivos abaixo (Figura 13).

Figura 13 – Fluxograma de Investigação e seus objetivos



O primeiro estudo consistiu numa *scoping review* e teve como objetivo a apropriação da problemática em estudo a nível internacional e contextualização da mesma a nível nacional. O segundo estudo compreendeu o processo de construção, com base na revisão da literatura, e aplicação de um instrumento de recolha de dados que pretendia captar a conceptualização que os EE Portugueses têm da PAE, bem como aferir a sua posição face à implementação de PAE em Portugal, e determinar a aceitabilidade de desempenho de PAE, sendo que para tal se recorreu à análise descritiva dos dados colectados. O terceiro estudo consistiu na validação, mediante realização de um estudo psicométrico, transversal, do instrumento de recolha de dados desenhado para avaliar a aceitabilidade de desempenho de PAE por enfermeiros. O quarto e último estudo procurou, através de técnicas de *machine learning*, explorar um modelo preditivo da aceitabilidade de desempenho de PAE.

Ao longo deste capítulo serão abordados os materiais e métodos utilizados para a realização de cada estudo.

2.2 Estudo 1 – Conceptualização de Prática Avançada de Enfermagem

O primeiro estudo, descritivo e de carácter exploratório (Ribeiro, 2014), consistiu na realização de uma *scoping review* e teve como objetivo a apropriação da temática em estudo, mediante mapeamento de conceitos-chave, linguagem, terminologia, e esclarecimento de questões relacionadas com a conceptualização das políticas de implementação de PAE, tais como a abrangência da PAE, barreiras e alavancas à sua implementação, regulação da PAE, resultados alcançados com a mesma em termos de qualidade, promoção de acesso a cuidados de saúde e custo-efetividade.

Deve se recorrer à realização de uma *scoping review* sempre que se procura: identificar evidência disponível sobre um determinado tópico; esclarecer conceitos e definições na literatura; perceber que evidência existe sobre um determinado tópico; identificar características ou fatores relacionados a um conceito; se pretende identificar e analisar lacunas na evidência sobre determinado tópico (Munn et al., 2018; Arksey e O'Malley, 2005; Anderson et al., 2008; Peters et al., 2015). De acordo com Munn et al., (2018) a *scoping review* está indicada sempre que o autor pretende identificar, mapear, reportar ou discutir conceitos e ou características em trabalhos de investigação, sendo que geralmente não é realizada uma avaliação das limitações metodológicas ou do risco de viés das evidências (Peters *et al.*, 2015). Assim sendo, esta metodologia de investigação

pareceu ser a que melhor se coadunava com os objetivos delineados para o primeiro estudo.

A opção por uma *scoping review* prendeu-se ainda com o facto de a pesquisa ser conduzida por um tópico de pesquisa alargado em detrimento de uma questão única.

A realização da *scoping review* obedeceu aos critérios de Peters *et al.* (2015) pelo que foi conduzida de acordo com um protocolo desenhado *à priori*, incluiu uma busca exaustiva de informações, procurou ser transparente e reproduzível, tendo os dados sido extraídos e apresentados de maneira estruturada, de acordo com fluxograma PRISMA para *scoping review* e tabelas síntese de documentos selecionados para análise de conteúdos.

Tendo em vista os objetivos inicialmente traçados, e com o intuito de dar resposta às questões de investigação formuladas, foram efetuados vários cruzamentos em volta das palavras-chave: “*advanced practice nursing*”, “*advanced practice nurse*”, “*advanced nurse practice*”, “*advanced nursing practice*”, sendo que para tal se recorreu à plataforma de busca EBSCOhost, com acesso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Recorreu-se ainda à Base de Dados ScienceDirect e PubMed dada a sua importância na área das ciências da saúde e o manancial de evidência e informação disponível, nomeadamente no campo da Enfermagem.

Aquando da pesquisa das palavras-chave “*advanced practice nursing*”, “*advanced practice nurse*”, “*advanced nurse practice*”, “*advanced nursing practice*” nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram encontrados os seguintes descritores – “*Advanced practice nursing*”; “*Enfermería de Práctica Avanzada*”, “*Práctica Avanzada de Enfermagem*”.

Dada a utilização intercambiável das palavras-chave na literatura decidiu-se conjugar as mesmas através do operador booleano OR para realizar a pesquisa, e cruzá-las mediante recurso ao operador AND com as seguintes palavras “*definition*”, “*regulation*”, “*legislation*”, “*cost-effectiveness*” e “*outcomes*”. Sendo a expressão final de pesquisa: “*advanced practice nursing*” OR “*advanced practice nurse*” OR “*advanced nurse practice*” OR “*advanced nursing practice*” AND “*definition*” OR “*regulation*” OR “*legislation*” OR “*cost-effectiveness*” OR “*outcomes*”.

Tendo emergido um elevado número de artigos (cerca de 5.500 para a base de dados EBSCOhost, por exemplo), optou-se por limitar/filtrar os resultados de forma a incluírem apenas artigos que utilizassem os descritores no título, palavras-chave ou resumo. Dado

o ainda elevado número de artigos apresentados decidiu-se estabelecer como critério de inclusão apenas artigos que fizessem menção ao panorama internacional, com particular incidência nos países anglo saxónicos dos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália.

Restringiu-se, ainda, os resultados a texto integral, escritos em inglês, português e espanhol, não se tendo limitado a pesquisa no tempo. A opção de não limitação temporal aquando da pesquisa prendeu-se com a necessidade de apreender parte da história da PAE e da sua evolução ao longo das últimas décadas.

Foram incluídos artigos que abordassem a definição da PAE, bem como os que se debruçassem sobre o papel do Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) e as funções a serem desempenhadas, a regulação da prática profissional, os resultados em saúde, as implicações políticas e multi/interdisciplinares, barreiras e facilitadores à implementação/desempenho de PAE, resultados alcançados com a PAE, metodologias de financiamento pagamento/remuneração/ utilizadas, bem como artigos que abordassem as questões socio políticas e culturais em torno da temática da PAE.

No que concerne aos critérios de exclusão optou-se por excluir artigos que se debruçassem sobre uma área específica/especialidade de enfermagem (saúde materna, pediatria, saúde mental), ou sobre um prestador numa área específica (midwifery, wound care), tendo em vista obter uma visão global e abrangente da PAE e não a de um prestador de PAE específico.

Uma vez compilados os resultados, das diferentes bases de dados (ver tabela 4) e da pesquisa complementar, foram eliminadas as repetições, sendo que após a leitura inicial foram analisados 107 artigos, destes 64 foram excluídos, tendo-se obtido um total de 43 estudos, conforme sistematizado no diagrama de fluxo (Figura 14). Após leitura meticulosa, os artigos em questão foram divididos por temáticas e sujeitos a análise.

A significativa discrepância entre o número de artigos identificados na pesquisa inicial e os incluídos no estudo deve-se, na sua globalidade, ao facto de a maioria dos artigos se debruçarem sobre um prestador de PAE específico (*nurse practitioner* ou *midwife*). Dos artigos incluídos, salienta-se que todos são de língua inglesa e posteriores ao ano de 2000. Destaca-se ainda a prevalência de revisões bibliográficas bem como de artigos de opinião com fundamentação teórica. A descrição dos estudos sujeitos a análise de conteúdo dos estudos está apresentada em forma de tabela no capítulo dos anexos (anexo I), sendo que

neste se identificam algumas características dos estudos, como o título, o ano, o objetivo, o método utilizado e as principais conclusões (Peters *et al.*, 2015).

Para a análise de conteúdo dos documentos selecionados utilizou-se o tema como unidade de registo (Bardin, 2009) e recorreu-se a uma matriz de cinco temas: 1) conceptualização de PAE (definição de PAE a nível internacional; 2) regulação da PAE; 3) barreiras e elementos facilitadores da implementação de PAE; 4) metodologias de financiamento de PAE e remuneração dos Enfermeiros de Prática Avançada (EPA); e, 5) outcomes da PAE (principais resultados alcançados com a PAE, a nível internacional, em termos de ganhos em saúde, qualidade, satisfação de utentes e profissionais, custo efectividade).

De referir que a pesquisa automática em bases de dados virtuais foi posteriormente complementada mediante visitação de *sites* de organizações como sejam os das Ordens Profissionais, anais de conferências e periódicos, em busca de informações, comunicações, editais e pósters sobre o tópico pesquisado (busca manual) e estratégia de *snowballing* - através da análise da lista de referências de alguns artigos - sempre que se necessitava informação ou esclarecimentos adicionais relativamente, por exemplo, à realidade em alguns países.

Tabela 4 – Resultados da pesquisa de artigos por base de dados

Resultados alcançados por pesquisa em base dados	N
EBSCOHOST	237
Após leitura de título e palavras-chave e eliminação de repetições	154
Após leitura do resumo	126
Após leitura artigo e aplicação de critérios de inclusão/exclusão	36
SCIENSE DIRECT	73
Após leitura de título e palavras-chave e eliminação de repetições	34
Após leitura do resumo	13
Após leitura artigo e aplicação de critérios de inclusão/exclusão	2
PUBMED	266
Após leitura de título e palavras-chave e eliminação de repetições	68
Após leitura do resumo	28
Após leitura artigo e aplicação de critérios de inclusão/exclusão	5
Total Sem Repetições de artigos	43

Figura 14 – Diagrama de fluxo PRISMA para o processo da *scoping review*.

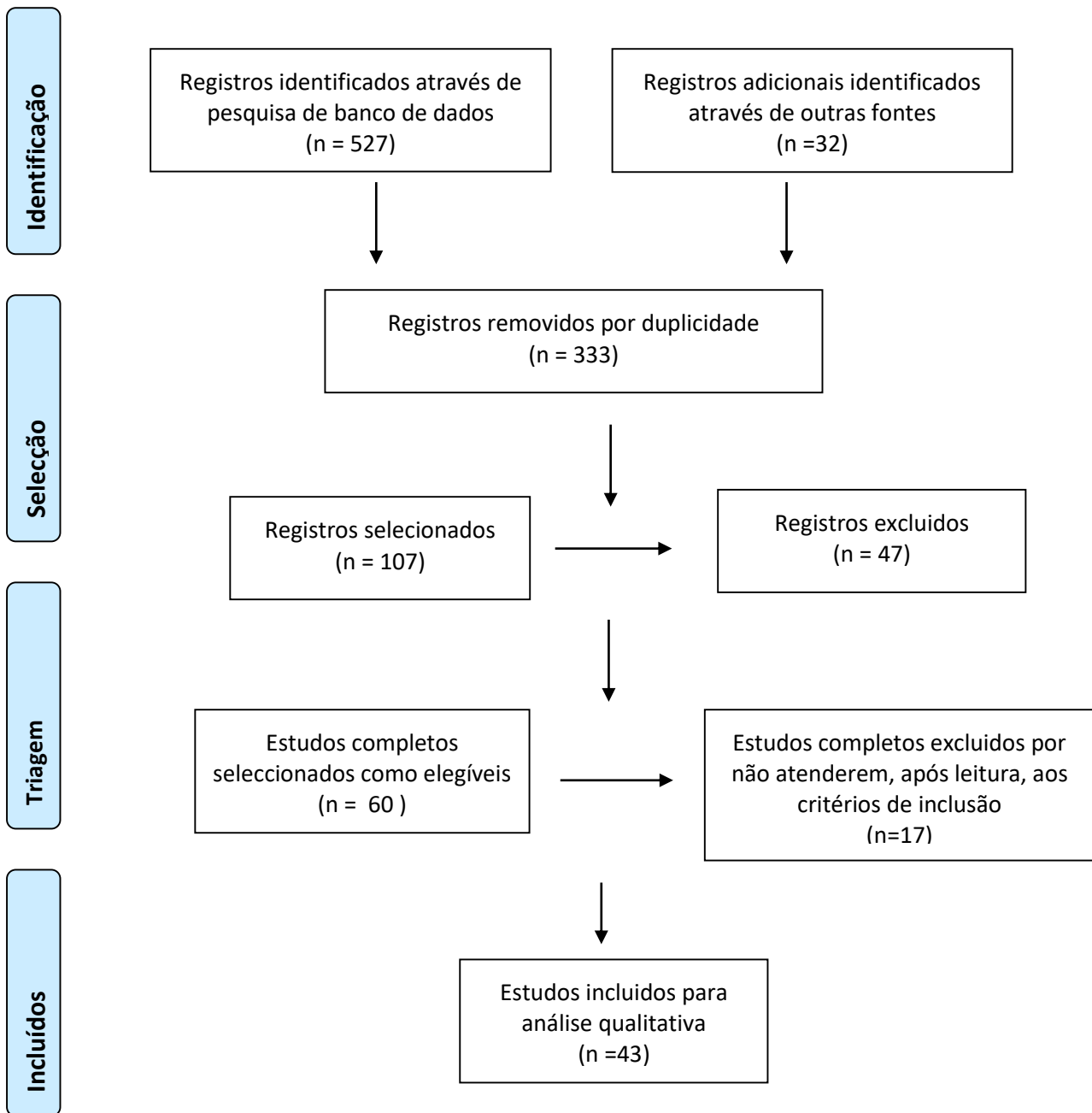


Tabela 5 - Estudo 1: Lista de documentos Internacionais selecionados para análise de conteúdo

Lista de Artigos	
Título do document	Autor/ Ano
Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation.	Bryant-Lukosius <i>et al.</i> (2004)
Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses. International Journal of Nursing Studies	Brooten et al, 2012
Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health	Bryant-Lukosius <i>et al.</i> , 2017
Advanced Nursing Practice: An Idea Whose Time Has Come.	Callaghan, 2008
Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective	Carney, 2016
Advanced practice nursing: a concept analysis.	Dowling et al, 2013
Advanced nursing practice: a global perspective.	Duffield <i>et al.</i> , 2009
Understanding advanced practice nursing	Ellis e Morrison, 2010
The impact of advanced practice nursing in healthcare: recipe for developing countries.	Fagerström, 2012
The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review	Woo <i>et al.</i> , 2017
Advanced Nursing Practice: Policy, Education and Role Development.	Furlong e Smith, 2005
An international perspective of advanced practice nursing regulation.	Heale e Buckley, 2015
Thinking, educating, acting: Developing advanced practice nursing.	Hu e Forgeron, 2018
Confusion prevails in defining “advanced” nursing practice.	Jamieson e Williams, 2002
Clarifying advanced practice nursing.	Karnick, 2011
Assessing outcomes in advanced practice nursing practice: the use of quality indicators and evidence-based practice.	Kleinpell, e Gawlinski, 2005
Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide.	Kleinpell, 2014
Measuring advanced practice nursing outcome, strategies and resources.	Kleinpell <i>et al.</i> , 2003
Time to clarify - the value of advanced practice nursing roles in health care.	Lowe, 2012
Nurse prescribing of medicines in 13 European countries.	Maier, 2019
The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia.	Maier, 2015
Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features	Mantzoucas e Watkinson, 2007
Defining advanced practice nursing	Muller e Flarey, 2003

Global trends and issues in APN practice: engage in the change.	Nardi e Diallo, 2014
Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review.	Newhouse <i>et al.</i> , 2011
An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation.	Pulcini <i>et al.</i> , 2010
Creating an advanced practice nurse-friendly culture: a marathon, not a sprint	Richmond, e Becker, 2005
Advanced Practice in Nursing: International Perspective.	Pearson e Peels, 2002
Growth and development of the nurse practitioner role around the globe	Savrin, 2009
Developing a consistent approach to advanced practice nursing worldwide.	Schober e Stewart, 2019
Global emergence of nurse practitioner/advanced practice nursing roles.	Schober, 2018
Advanced Nursing Practice: An Emerging Global Phenomenon.	Schober, 2006
The development of advanced nursing practice globally.	Sheer e Wong, 2008
An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally	Steinke <i>et al.</i> , 2018
The Global Emergence of Advanced Practice Nurses in Providing Home and Community Health Care Services	Schober, 2007
Advanced Nursing Practice: What Is It?	Thompson e Watson, 2003
A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China.	Parker e Mill, 2017
Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a <i>scoping review</i> .	Torrens <i>et al.</i> , 2020
Education for advanced nursing practice: an evolving framework.	Atkins e Ersser, 2000
An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review	Casey <i>et al.</i> , 2017
Advanced nursing. Part 1: The development of advanced nursing roles.	Barton <i>et al.</i> , 2012
Advanced nursing 2: a governance framework for advanced nursing.	Barton <i>et al.</i> , 2012
Advanced nursing 3: What does the future hold for advanced nursing	Barton <i>et al.</i> , 2012

Lista de Documentos Técnicos

Título do documento	Ano
Skill mix and policy changes in the health workforce: nurses in advanced roles	Buchan e Calman, 2005
Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers, No. 54,	Delamaire e LaFourtune, 2010
Department of Health. 2010. Advanced level nursing: a position statement.	DoH, 2010
Advanced practice nursing: an essential component of country level human resources for health	Bryant-Lukosius e Martin-Misener, 2016
Transforming nursing, midwifery and health professions' (NMaHP) roles:	Chief Nursing

pushing the boundaries to meet health and social care needs in Scotland. Paper 2. Advanced nursing practice. 2017a.	Officer Directorate, 2017
Transforming nursing, midwifery and health professions roles: introduction. 2017b.	Chief Nursing Officer Directorate, 2017
Core Capabilities Framework for Advanced Clinical Practice (Nurses) Working in General Practice / Primary Care in England.	HEE, 2020
A New Horizon for Health Services: Optimising Advanced Practice Nursing—A White Paper by ACN 2019’, ACN, Canberra	ACN, 2019
APRN in the US	NCSBN, 2019
The consensus model for APRN regulation: Licensure, accreditation, certification, education	NCSBN, 2008
Advanced Nursing Practice: A National Framework. Ottawa.	CNA, 2008
Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework	CNA, 2019
RCN Credentialing for Advanced Level Nursing Practice	RCN, 2017
Advanced Level Nursing Practice Section1: The registered Nurse Working At an Advanced Level of Practice	RCN, 2018
Advanced Nurse Practitioners. An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation	RCN, 2012
Nurse practitioner standards for practice	NMBA, 2018
Report from the Nurse Practitioner Reference Group. 2018	NPRG, 2018

Para se estabelecer um ponto de situação relativamente à implementação de PAE em Portugal foi realizada uma nova pesquisa da literatura sendo que, desta feita, optou-se por uma revisão narrativa, não sistemática, da literatura em virtude da escassez de evidência sobre PAE em Portugal, e por se pretender obter uma visão generalizada da temática e não responder a uma questão específica (Munn *et al.*, 2018).

De acordo com Rother (2007) as revisões narrativas resultam da análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor e são apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. A revisão narrativa permite mapear e categorizar a literatura existente sobre um assunto específico através da identificação das lacunas na literatura e da justificação da realização de mais revisões e/ou estudos (Grant e Booth, 2009). Assim sendo, e com o intuito de perceber onde nos encontramos em Portugal face à implementação de PAE, em termos de conceptualização, regulação, aceitação da prática e grau de implementação da mesma, procedeu-se ao mapeamento de informação existente sobre o exercício de PAE em Portugal.

Embora se tenha realizado uma primeira pesquisa em banco de dados de bibliotecas eletrônicas como a EBSCOhost e Pubmed, recorrendo à expressão de pesquisa “*advanced practice nursing*” OR “*advanced practice nurse*” OR “*advanced nurse practice*” OR “*advanced nursing practice*” OR “*prática avançada de enfermagem*” OR “*enfermería de práctica avanzada*” AND “Portugal”, o número de artigos que emergiu foi irrisório, apenas 3. Assim sendo, e atendendo a que se pretendia descrever e discutir o desenvolvimento da PAE em Portugal, optou-se por realizar uma pesquisa eletrónica, no motor de pesquisa Google, de artigos científicos, artigos de imprensa e documentos técnicos que abordassem os seguintes temas de pesquisa “alargamento de competências de enfermeiros”, “substituição de médicos por enfermeiros”, “prescrição por enfermeiros”, “expansão de funções em enfermagem”, “combinação eficiente de recursos humanos em saúde em Portugal”, tendo emergido um número significativo de documentos, que depois de catalogados em temas foram sujeitos a análise.

Tabela 6 - Estudo 1: Documentos Nacionais selecionados para análise de conteúdo

Lista de Artigos

Título do documento	Ano
Enfermagem Avançada: Um Sentido Para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina	Silva, 2007
Substitution at the margin: physicians vs nurses	Barros, 2011
Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal	Buchan <i>et al.</i> , 2013
How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England	Temido e Dussault, 2015
Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança.	Temido e Dussault, 2014
Percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem	Temido <i>et al.</i> , 2015
Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study.	Leone <i>et al.</i> , 2015
Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão.	Queirós, 2017
Enfermagem Avançada: saberes no presente a consolidar no futuro.	Amendoeira, 2012
The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality.	Queirós, 2015
Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização.	Silva <i>et al.</i> , 2018
O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem	Ribeiro <i>et al.</i> , 2018
Os preditores à mudança de profissão de Enfermagem.	Poeira <i>et al.</i> , 2019
Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making?	Correia <i>et al.</i> , 2020
A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde.	Fronteira <i>et al.</i> , 2020
Recursos Humanos na Saúde: o que se sabe e o que falta saber	Correia <i>et al.</i> , 2018

Lista de artigos de imprensa

Título do documento	Ano
Médicos não querem que enfermeiros façam diagnósticos.	Jornal Público, 2017
Enfermeiros portugueses vão poder prescrever e solicitar exames.	Jornal Médico, 2015
Enfermeiros a renovar receitas médicas: governo quer Troika exige.	Jornal de negócios, 2014
Médico rejeitam alargamento “inútil e prejudicial” das funções dos enfermeiros	Jornal Público, 2015
Enfermeiros podem vir a pedir exames de diagnóstico na triagem das urgências	Jornal Público, 2015
ERS quer mais enfermeiros no SNS e com funções alargadas	Jornal Público, 2015
Prescrição por enfermeiros: um caminho incontornável.	Barreira, 2019

Lista de documentos técnicos

Título do documento	Ano
Recursos humanos para a saúde (RHS) Plano integrado no plano nacional de saúde 2011-16	Dussault e Fronteira, 2010
Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde.	ERS, 2011
Um Futuro para a Saúde. Todos temos um papel a desempenhar	FCG, 2014
Proposta de Lei n.º 34/XIII Atos em Saúde.	Portugal, 2016
Parecer da OM relativamente à Lei n.º 34/ XIII (Atos em Saúde)	OM, 2017
OM dá parecer negativo a requisição de exames por protocolos associados à Triagem de Manchester	OM, 2005
Custos de contexto no sector da saúde.	ERS, 2014
Tomada de posição de um grupo de Enfermeiros sobre a posição da OM relativa à proposta Lei n.º 34/ XIII (Atos em Saúde)	OE, 2017
Decreto-Lei n.º 247, de 22 de setembro de 2019	Portugal, 2019
Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril	Portugal, 1998
Meio caminho andado. Relatório Primavera 2018. Capítulo 4. Recursos Humanos na Saúde: o que se sabe e o que falta saber	OPSS, 2018
Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde.	OE, 2018
Portugal: Health system review. Health Systems in Transition.	Simões <i>et al.</i> , 2017
Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	OE, 2019

2.3 Estudo 2 – Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade

Após a revisão da literatura, que proporcionou uma maior apropriação da temática em estudo e das problemáticas que a envolvem um pouco por todo mundo, propôs-se captar a opinião dos enfermeiros especialistas face a uma possível modificação do *skill mix* entre médicos e enfermeiros através da implementação de PAE em Portugal, averiguando a disponibilidade dos mesmos para o desempenho desta prática através da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE.

Para tal recorreu-se à realização de um estudo observacional descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa, que compreendeu o preenchimento de um questionário, disponibilizado *online* via website da Ordem dos Enfermeiros, por uma amostra aleatória de enfermeiros especialistas a exercer funções em Portugal.

A opção por esta metodologia de recolha de dados prendeu-se com o facto da investigação por inquérito, mediante aplicação de questionário, estar indicada para auxiliar gestores e políticos quando da formulação de políticas públicas e recolha de evidência que apoie o planeamento estratégico por permitir identificar opiniões, atitudes, valores e percepções face a determinada temática (Paranhos *et al.*, 2013).

O estudo em causa caracteriza-se como sendo observacional, descritivo e de corte transversal por o investigador se limitar a observar e descrever um fenómeno, sem intervir, e procurar, através da recolha de dados num certo momento, de uma amostra selecionada, descrever as principais características de um determinado fenómeno (Paranhos *et al.*, 2013; Babbie, 2005).

Para a realização do estudo seguiram-se as 7 etapas sugeridas por Paranhos *et al.* (2013) para a realização de investigação por inquéritos: 1) identificação da pergunta de investigação; 2) elaboração do instrumento de recoha de dados; 3) metodologia de aplicação do instrumento de recolha de dados; 4) Realização de pré-teste do instrumento; 5) colheita de dados; 6) organização dos dados e 7) análise dos mesmos.

Porque a investigação por inquérito se inicia com a definição de uma problemática (Quivy e Campenhoudt, 2008), a qual poderá ser enunciada através de uma pergunta de partida ou norteada pela fixação de objetivos (Ghiglione e Matalon, 1995) definiu-se como questão de investigação: Qual a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal?

Traçaram-se como objectivos para responder a esta pergunta:

- Conhecer a conceptualização que os EE portugueses têm da PAE;
- Determinar Crenças e Atitudes dos EE face à implementação de PAE em Portugal; e
- Determinar e analisar a aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada de Enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Portugal.

O instrumento de recolha de dados foi elaborado com base na informação encontrada quando da extensa revisão de literatura e nos objetivos traçados, tendo em mente o grupo alvo, sendo que se procurou que a linguagem utilizada fosse de fácil compreensão e adequada (Paranhos *et al.*, 2013; Babbie, 2005).

Assim sendo, à execução da caracterização sociodemográfica, os itens (afirmações) que compõem o instrumento foram construídos com base nos argumentos apontados pela literatura como motivo para desenvolver e implementar PAE e como condicionantes da aceitabilidade de desempenho de funções alargadas pelos enfermeiros e demais stakeholders (Delamaire e LaFortune, 2010; Pulcini *et al.*, 2010; Lowe *et al.*, 2011; Sangster-Gormley *et al.*, 2011; Bryant-LuKosius, 2014; Kleinpell *et al.*, 2014; Torrens *et al.*, 2020). Estes procuraram avaliar crenças relativas à delegação de tarefas médicas a EE (e.g. existem tarefas, atualmente executadas por médicos, que podem ser executadas por enfermeiros), e à implementação de PAE em Portugal (A PAE potencia a acessibilidade aos serviços de saúde), e atitudes face ao desempenho de PAE (A carga de trabalho a que estou sujeito não me permite desempenhar outras funções que não as atuais), já que se acredita que estas podem condicionar a aceitabilidade de desempenho de PAE no âmbito da especialidade (Aceitaria desempenhar funções de PAE no âmbito da minha especialidade).

Foi utilizada uma escala de concordância com as afirmações tipo Likert que variava entre “discordo completamente” e “concordo completamente”. A escala adoptada inclui um valor “zero”, o que permitiu aos inquiridos tomar uma posição neutra, não forçando uma escolha entre uma atitude positiva ou negativa com intuito de capturar as temáticas às quais, hipoteticamente, seria dado menor peso/ relevância, e/ou as temáticas sobre as quais os respondentes tinham relutância em tomar uma posição declarada.

O instrumento final incluía 12 questões, de resposta fechada, e estava dividido em 4 secções:

- A primeira secção consistia na caracterização sociodemográfica dos respondentes (idade, género, anos de prática, categoria profissional, concelho onde exerce funções, especialidade e se a exerce no local de trabalho, grau académico, prática de duplo emprego), considerando a literatura e factores descritos como estando relacionados com a problemática em estudo.

- A segunda secção debruçava-se sobre a conceptualização da PAE, e procurava apreender a perceção que os EE tinham desta prática, nomeadamente em termos de papéis e funções a serem desempenhadas (assinale, de entre as seguintes funções, as que considera ser PAE).

Entre a segunda e terceira secção encontrava-se um breve texto no qual era apresentada a definição de PAE de acordo com ICN.

- A terceira secção pretendia captar a posição dos EE relativamente à pertinência e viabilidade da implementação da PAE em Portugal (Os Enfermeiros portugueses não possuem competências para o desempenho de Prática Avançada em Enfermagem).

- A quarta secção debruçava-se sobre a prática profissional dos EE no atual contexto laboral, e procurava apreender até que ponto esta se coaduna com o que a bibliografia internacional define como sendo PAE (Assinale de entre as seguintes funções as que fazem parte do seu quotidiano profissional). Nesta secção procurou ainda captar-se a disponibilidade para a prática de funções consideradas pela bibliografia internacional como PAE (Enquanto EE indique a sua disponibilidade para desempenhar as seguintes funções: Prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico).

De referir que no final de cada questão havia sempre uma pergunta de resposta aberta que permitia aos respondentes acrescentar informação e/ou fazer comentários que considerassem pertinentes, tendo estes sido posteriormente sujeitos a análise.

Antes do início do preenchimento do questionário existia em pequeno texto introdutório com uma breve explicação do estudo e dos seus objetivos, onde constava uma caixa de verificação de consentimento informado, que deveria ser assinada após leitura do texto. Da página de consentimento informado constavam informações sobre o autor, objetivos e natureza voluntária do estudo, garantia da confidencialidade dos dados recolhidos e não reembolso por participação, sendo ainda facultadas instruções relativas ao preenchimento do formulário. Era solicitado aos respondentes que lessem atentamente cada uma das afirmações e que respondessem assinalando qual a afirmação ou afirmações que melhor descrevia (m) a sua posição face à temática em estudo.

No que concerne a metodologia de aplicação do instrumento de recolha de dados, há a referir que o mesmo foi aplicado electronicamente após ter sido disponibilizado aos enfermeiros especialistas a exercer funções em Portugal *online*, via site da Ordem dos Enfermeiros através da hiperligação https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc7eLlzx_t3cyCivIAF0F91kxCXuCcqxoxK5I9Owr21izLJwA/viewform O tempo de preenchimento médio era de aproximadamente 20 minutos, tendo a aplicação dos questionários decorrido entre maio e setembro de 2017.

Para aumentar a taxa de resposta foi concomitantemente realizada uma divulgação do estudo mediante envio de 65 comunicações eletrónicas, a enfermeiros especialistas, alguns dos quais docentes, chefes de serviço e/ou gestores/directores, onde constava a hiperligação para o questionário e se solicitava o seu reenvio e divulgação junto de outros EE. Assim sendo, considerou-se a técnica de amostragem usada como sendo não probabilística do tipo “*snowball*” (Bickman e Rog, 2008). Este tipo de amostra não probabilística é frequentemente utilizada em pesquisas sociais, sendo que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos inquiridos passam a repetir os conteúdos já obtidos anteriormente, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (Hudelson e World Health Association, 1994).

Relativamente ao pré-teste do instrumento, após a elaboração do instrumento de colheita de dados, e tendo em vista a validação facial e de conteúdo do instrumento de colheitas de dados (Pasquali, 2009), solicitou-se a um painel de 17 enfermeiros especialistas, com conhecimento teórico e experiência prática no campo, para rever de forma independente o conteúdo e a apresentação do questionário, tendo-se optado por uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comitê de especialistas (Kimberlin, 2008). Assim sendo, convidaram-se estes EE a examinar cada pergunta para determinar a adequação, compreensão e relevância do tema para população-alvo. Pequenas alterações foram feitas com base nos seus comentários e sugestões.

A versão final do instrumento aplicado encontra-se disponível no anexo II.

Uma vez que a população em estudo era composta pela totalidade dos enfermeiros especialistas a exercer funções em Portugal, cerca de 16.972 (OE, 2018:2) optou-se por criar o formulário na plataforma Google Forms, para proceder à colheita de dados, e

solicitar, posteriormente, à OE a sua divulgação e disponibilização via *site* Ordem dos Enfermeiros. Após a aprovação do estudo pelo conselho científico da OE o questionário foi divulgado através da hiperligação https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc7eLlzx_t3cyCivIAF0F91kxCXuCcqxoxK519Owr21izLJwA/viewform Os dados foram colhidos entre Maio e Setembro de 2017 e a taxa de resposta foi de aproximadamente 2.2% (372 num universo de 16.972), pelo que se pode considerar a amostra como probabilisticamente representativa da população, para um nível de confiança de 95%, com margem de erro de 5% (Marsden e Wright, 2010).

Após a colheita de dados procedeu-se à sua organização mediante imputação e codificação em Excell e recorreu-se ao SPSS, versão 26, para realizar a análise descritiva dos mesmos e responder à questão: “qual a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal?”.

2.4 Estudo 3 – Validação do Instrumento de recolha de dados

O terceiro estudo consistiu num estudo psicométrico (Pasquali, 2009), desenhado com o objetivo de proceder à validação do instrumento de recolha de dados elaborado para avaliar a aceitabilidade de desempenho de PAE por enfermeiros.

Pretendeu-se com a realização deste estudo perceber se o instrumento de colheita de dados desenvolvido é válido para avaliar crenças e atitudes dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal e se é válido para determinar e caracterizar a aceitabilidade de desempenho de PAE entre EE.

De acordo com Pasquali (2009) os estudos psicométricos buscam construir e aplicar instrumentos para mensuração de constructos e variáveis, através da aplicação de métodos de análise estatística, sendo particularmente utilizados em ambientes académicos ou de investigação em que são criados testes ou medida psicométrica, tendo em vista a garantia de obtenção de evidências de validade e fidedigna.

A validade de um instrumento confirma que ele mede exatamente o que se propõe medir (Roberts e Priest, 2006). Podemos avaliar três tipos de validade: 1) a validade de conteúdo, 2) a validade de critério e 3) a validade do construto (Souza *et al.*, 2017).

De acordo com Souza *et al.*, (2017) a validade de conteúdo 1) refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido. Como não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo

pode recorrer-se a uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comité de especialistas; A validade de critério 2) diz respeito à validade de uma medida comparativamente à medida padrão (golden standard) ou critério estabelecido, pelo que se o teste-alvo mede o que pretende medir, os seus resultados devem concordar com os resultados padrão, sendo o construto considerado válido quando os seus scores correspondem aos scores do critério escolhido; A validade de construto 3) é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido.

Existem diversas estratégias para confirmação da validade de construto: testes de hipóteses, validade estrutural ou factorial e validade transcultural.

Tendo a validade facial e de conteúdo do questionário sido avaliada, aquando da realização do pré teste, por um conjunto de enfermeiros especialistas, procurou-se com a realização deste terceiro estudo avaliar a validade de construto do instrumento de colheita de dados elaborado, sendo que para tal se recorreu à Análise de Componentes Principais (ACP) das correlações entre variáveis.

De acordo com Abdi e Williams (2010), os principais objetivos da ACP são: (1) extrair as informações mais importantes dos dados; (2) reduzir o conjunto de dados mantendo apenas a informação importante; (3) simplificar a descrição do conjunto de dados; e (4) analisar a estrutura das observações e as variáveis, sendo que para tal a ACP computa novas variáveis a partir de combinações lineares das variáveis originais.

A ACP, uma das técnicas de análise estatísticas mais utilizadas, parte do pressuposto de que as intercorrelações entre os itens podem ser explicadas por um conjunto menor de factores, que representam relações entre conjuntos de variáveis interrelacionadas. O objectivo desta técnica estatística é, portanto, extrair a informação mais importante dos dados originais e transformá-la num novo conjunto de variáveis, denominadas componentes principais (Abdi e Williams, 2010). Cada uma destas novas variáveis (CP) possui um valor numérico - score fatorial - interpretado como a projeção das observações das CPs. Outra expressão importante de cada CP é o output, que representa a correlação entre uma CP e uma variável e estima as informações que elas partilham (Abdi e Williams, 2010).

Para se garantir a adequação da análise em componentes principais recorreu-se ao teste de esfericidade de Bartlett (Pestana e Gageiro, 1998) para saber se o conjunto das correlações na matriz eram diferentes de zero. O teste de Bartlett calculado tinha associado um nível

de significância inferior a $p < .05$, o que mostra que existem correlações entre as variáveis. A significância do teste de esfericidade de Bartlett calculado revelou que as correlações entre os itens eram adequadas para conduzir uma ACP. Avaliou-se ainda a medida de adequabilidade de análise factorial através do cálculo do valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que estabelece que uma análise factorial é apropriada se o valor de KMO for superior a 0,8 (Kaiser e Rice, 1974). Os resultados obtidos para as duas medidas indicaram que a análise factorial era adequada pelo que se prosseguiu com a mesma.

Após a análise em componentes principais, e tendo em vista facilitar a compreensão da ACP aplicou-se o método de rotação varimax com normalização de Kaiser para assim extrair as informações mais relevantes, reduzir o volume de dados, simplificando o número de observações o que permitiu facilitar a interpretação dos dados (Abdi e Williams, 2010).

A ACP compreendeu uma análise multivariada que incluiu 45 variáveis que se propunham avaliar conceptualizações, crenças e atitudes face à PAE e sua implementação em território nacional. As 45 variáveis consistiam em 45 afirmações com as quais os respondentes poderiam, de acordo com uma escala tipo Likert, -2 = discordar completamente e 2 = concordar completamente. Para se realizar ACP teve-se em consideração os princípios da ACP que estabelecem que as CPs são independentes. A rotulagem das CP resultou da interpretação dos dados.

Para a realização da ACP utilizaram-se as seguintes variáveis (45):

Tabela 7 - Variáveis utilizadas na Análise de Componentes Principais

Variável	Descrição do conteúdo
ECA-PAE1	Existem tarefas, atualmente executadas por médicos, que podem ser executadas por enfermeiros (ex. acompanhamento de doentes crónicos).
ECA-PAE2	Existem funções atualmente desempenhadas por médicos que podem ser delegadas a enfermeiros com formação avançada (ex. acompanhamento de grávidas de baixo risco).
ECA-PAE3	A carga de trabalho atual dos enfermeiros impossibilita a delegação de mais funções aos enfermeiros.
ECA-PAE4	Os Enfermeiros portugueses não possuem competências para o desempenho de PAE
ECA-PAE5	Existe ambiguidade na terminologia PAE.
ECA-PAE6	O desempenho de PAE prevê a aquisição de competências específicas.
ECA-PAE7	Enquanto Enfermeiro Especialista sinto-me capacitado para o desempenho de PAE, no âmbito da minha especialidade.
ECA-PAE8	As competências adquiridas no âmbito da especialidade não são, por si só, suficientes para o desempenho de PAE.
ECA-PAE9	Enquanto Enfermeiro Especialista necessito de formação adicional para o desempenho de PAE
ECA-PAE10	A delegação de tarefas médicas a Enfermeiros Especialistas acarreta riscos (por ex. erro de prescrição ou diagnóstico) para os utentes dos Cuidados de Saúde.
ECA-PAE11	A expansão de competências dos Enfermeiros Especialistas acarreta oportunidades (por ex., potenciar disponibilidade médica para tarefas exclusivamente suas).
ECA-PAE12	A PAE, por Enfermeiros Especialistas, promove a eficiência na prestação de cuidados.
ECA-PAE13	A PAE, por Enfermeiros Especialistas, permite maximizar os recursos existentes nos serviços de saúde
ECA-PAE14	A implementação de PAE potencia a acessibilidade aos serviços de saúde.

ECA-PAE15	A PAE potencia a produtividade da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.
ECA-PAE16	A PAE potencia conflitos interprofissionais.
ECA-PAE17	A PAE deveria ser implementada em Portugal.
ECA-PAE18	A PAE em Portugal deveria apenas ser exercida pelos Enfermeiros Especialistas.
ECA-PAE19	Considero a implementação da PAE em Portugal pertinente
ECA-PAE20	Considero a implementação de PAE em Portugal dispensável.
ECA-PAE21	Considero a implementação de PAE em Portugal viável.
ECA-PAE22	No meu quotidiano profissional utilizo a totalidade das minhas competências enquanto enfermeiro especialista.
ECA-PAE23	A minha especialização capacitou-me para o desempenho de funções que atualmente não exerço.
ECA-PAE24	A carga de trabalho a que estou sujeito não me permite desempenhar outras funções que não as atuais.
ECA-PAE25	As minhas capacidades e competências estão subaproveitadas no meu local de trabalho
ECA-PAE26	Estou disponível para desempenhar funções para além daquelas que exerço atualmente.
ECA-PAE27	O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha realização profissional
ECA-PAE28	O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha realização profissional.
ECA-PAE29	O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha satisfação profissional.
ECA-PAE30	O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha satisfação profissional.
ECA-PAE31	No meu quotidiano profissional desempenho funções que podem ser classificadas como PAE.
ECA-PAE32	(Gestão de lista de utentes própria com respetivo planeamento de episódio de cuidados.)

ECA-PAE33	Acompanhamento e referenciação de utentes de forma autónoma, em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.
ECA-PAE34	(Triagem, em caso de doença aguda, por ex. mediante aplicação de fluxogramas de atuação.
ECA-PAE35	Prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico.
ECA-PAE36	Realização de diagnóstico diferencial de forma autónoma (pedidos de MCD, identificação de agravamento de estado clínico, identificação de contraindicações e precauções, etc.
ECA-PAE37	Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação.
ECA-PAE38	Gestão de doença crónica (DM, HTA, IRC, etc.) com referenciação e transferência de utentes entre níveis de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde
ECA-PAE39	Supervisão e apoio a novos profissionais
ECA-PAE40	Participação em atividades de ensino e tutoria
ECA-PAE41	Funções de Gestão de serviços de saúde
ECA-PAE42	Participação no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, de normas, guidelines e protocolos clínicos de atuação
ECA-PAE43	Coordenação e Realização de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica.
ECA-PAE44	Projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências.
ECA-PAE45	Divulgação de evidência em Enfermagem mediante participação em conferências e redação de artigos em publicações da área de competência.

2.5 Estudo 4 – Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal

O quarto estudo propôs-se explorar a existência de um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE por EE, mediante identificação de características sociodemográficas e/ou crenças e atitudes que contribuam para prever a disponibilidade dos EE para o

desempenho de PAE, tendo em vista antecipar resultados futuros, sendo que para tal se realizou um estudo, quantitativo, transversal, comparativo e preditivo, mediante recurso a técnicas de Machine Learning (ML).

De acordo com Witten *et al.* (2005) as técnicas de ML são uma ferramenta poderosa para desenvolver e testar teorias por meio de explicação causal, previsão e descrição, na medida em que permitem transformar dados em informação e informação em conhecimento, através da extração de informação de dados armazenados em bases.

O propósito das técnicas ML é prever e antecipar processos ou resultados com base nos padrões de dados extraídos, mediante recurso a métodos estatísticos ou algoritmos. A construção de modelos preditivos através de técnicas de ML recorre a algoritmos de aprendizagem baseados na natureza experimental dos processos de aprendizagem que podem ser simplificado em comparações entre *inputs* e *outputs*, ou ações e consequências, em um contexto controlado de aprendizagem Shmueli (2010).

O objetivo é identificar a probabilidade de resultados futuros a partir dos dados de que dispomos atualmente, tendo em vista obter uma avaliação do que poderá vir acontecer. Para tal Shmueli propõe 7 etapas. 1) Definir um objetivo; 2) Proceder à colheita de dados; 3) Organizar os dados e explorá-los; 4) Seleccionar variáveis; 5) Seleccionar métodos; 6) Avaliar, validar e seleccionar modelos; 7) Utilizar os modelos e reportar.

Assim sendo, definimos como objetivo prever a variável “Aceitaria desempenhar funções de PAE no âmbito da minha especialidade”, variável que constava do questionário aplicado quando da realização do segundo estudo, e que consistia de uma afirmação com a qual os respondentes poderiam, de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, -2 = discordar completamente, -1= discordar, 0= não concordar nem discordar, 1= concordar e 2 = concordar completamente. Trata-se, portanto, de uma variável quantitativa ordinal medida na mesma escala das variáveis que compõem a Escala de Crenças e Atitudes face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem (ECA-PAE).

Os dados foram colhidos através do questionário electrónico aplicado a EE a exercer em Portugal, disponibilizado *online* via site da OE, que se propôs captar a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal, averiguando a disponibilidades dos mesmos para o desempenho desta prática através da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE, já descrito no estudo 2.

Foram analisados 372 questionários após o que se consideraram 51 variáveis

independentes, 19 variáveis relacionadas com caracterização sociodemográfica, informação profissional, familiaridade com a PAE, condições facilitadoras da implementação de PAE em Portugal, condicionantes da implementação de PAE em Portugal, e 32 variáveis organizadas num instrumento multidimensional constituído por 6 dimensões/componentes que avaliam a conceptualização, crenças e atitudes face à implementação de PAE em Portugal, tendo as mesmas sido utilizadas nesta análise.

Incluiu-se na análise um total de 25 variáveis, as quais se encontram descritas na tabela abaixo (tabela 8).

Tabela 8. Variáveis em Estudo

Variáveis em Estudo (N = 25)		
Dimensão	Variável	Descrição
Dependente		
<i>Aceitabilidade</i>	Aceitabilidade de desempenho de PAE	Aceitaria desempenhar funções de Prática Avançada em Enfermagem no âmbito da minha especialidade
Independentes		
<i>Caracterização Sociodemográfica</i>	Género	Sexo masculino vs feminino
	Idade	Idade em anos
	Nacionalidade	Portuguesa vs Outra
	Formação Académica	Mestrado, Doutoramento, Especialidade, Outra
	Dependentes (Filhos)	Sim, Não
<i>Informação profissional</i>	Especialidade	Comunitária; Médico-Cirurgica; Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Materna e Obstetrícia; Saude Mental e Psiquiátrica
	Tempo de especialidade	Há quantos terminou a especialidade?
	Exercício Especialidade	(Sim vs Não)
	Nº de horas de trabalho semanal	Em horas
	Exercício de funções em UCI	Sim vs Não
	Prática de duplo emprego	Sim vs Não
	Categoria Profissional	(Enfermeiro, Graduado, Especialista, Chefe, Supervisor, Outro)

<i>Familiaridade com PAE</i>	Familiaridade com PAE	Já alguma vez ouviu falar de Prática Avançada em Enfermagem? (Sim vs Não)
<i>Facilitadores da implementação PAE em Portuga</i>	Diferenciação da Profissão de enfermagem em Portugal Clarificação do conceito PAE Clarificação das funções a serem desempenhadas pelos enfermeiro de PAE.	Seleccone de entre as seguintes as 3 condições que considera masi facilitadoras da implementação de PAE em Portugal.
<i>Condicionants de Implementação a PAE em Portuga</i>	Aceitabilidade interprofissional Apoio político (Ministério da Saúde, ACSS, ARS) Incentivos Remuneratórios	Selecione, de entre as seguintes, as 3 condições que na sua opinião, podem condicionar a aceitabilidade do desempenho de PAE pelos EE em Portugal?
<i>Crenças e Atitudes face à PAE (ECA-PAE)</i>	Crenças relativamente à PAE	Composta pelos ítems: 2, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21*
	Expansão de competências de enfermagem	Composta por 7 ítems: 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45*
	Delegação de competências médicas	Composta por 5 ítems: 33, 34, 35, 36, 37*
	Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional	Composta por 4 ítems: 20, 28, 29, 30*
	Competências para a PAE	
	Disponibilidade para o desempenho de outras funções“	Composta por 3 ítems: 6, 8, 9** Composta por 3 ítems:22, 25, 26*

**Ítems conforme descrito na tabela 2 – Variáveis utilizads na ACP. *Variável ordinal que podem assum valores entre -2 (discordo totalmente) e 2 conforme o grau de concordância do respondente com a afirmação

Após esta primeira selecção realizou-se uma análise bivariada através do teste de qui-quadrado para as variáveis qualitativas e da Análise de Variância (ANOVA) para as variáveis quantitativas, com o objetivo de comparar se as características sociodemográficas, profissionais, opiniões sobre as condicionates de implementação da PAE e os scores das dimensões da ECA-PAE diferiam entre as diferentes categorias de aceitabilidade da PAE.

Foram realizados testes post-hoc para o qui-quadrado avaliados com base nos resíduos padronizados ajustados (Z) e a ANOVA, sendo que se aplicou a comparação múltipla de

médias com a correção de Bonferroni. Seguidamente, e com base na análise bivariada realizada, foram incluídas no modelo de regressão ordinal todas as variáveis que apresentassem um $p < 0,10$ (8 no total) (Ranganathan, Pramesh e Aggarwal, 2017), tendo como variável critério (dependente) a aceitabilidade de desempenho de PAE. As variáveis preditoras que apresentassem problemas de multicolinearidade ($VIF > 5$) foram excluídas do modelo (Carvalho, Rosa e Pereira, 2018; Rogerson, 2001) e optou-se por realizar uma regressão logística ordinal em virtude da sua capacidade para lidar com dados ordinais. Na regressão ordinal foi utilizada a função de ligação logit. O teste de Wald, o Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC) foram calculados para todas as potenciais variáveis preditoras modeladas (Rosa, Lopes, Oliveira e Pascoal, 2018). Toda a análise de dados foi realizada no programa IBM SPSS versão 26 para uma significância estatística de $p < 0,05$.

Embora estejam disponíveis múltiplas técnicas de ML na literatura optou-se por realizar uma regressão logística ordinal em virtude do objetivo inicialmente traçado, prever a aceitabilidade de desempenho de PAE pelos EE, mas também devido à natureza das variáveis selecionadas para o desenvolvimento do modelo preditivo.

3. RESULTADOS

3.1 Estudo I - Prática Avançada em Enfermagem: clarificando o conceito à luz da bibliografia internacional.

Estima-se que a falta de profissionais de saúde a nível global ultrapasse atualmente os 7 milhões, sendo que se prevê que este nº aumente até 12.9 milhões nas próximas décadas (WHO, 2016). Esta realidade, potenciada pela transição socio – demográfica, tem obrigado ao desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados que compreendem, entre outras, a expansão de tarefas e atribuição de maior autonomia a profissionais, como sejam os enfermeiros, para fazer face aos desafios que os sistemas de saúde enfrentam, nomeadamente, as lacunas provocadas pela escassez de recursos, o aumento da pressão no controle de custos, o aumento da procura - potenciada pelo envelhecimento populacional e aumento doenças crónicas - e a difícil mobilização de profissionais. (Gardner *et al.*, 2007, Kleinpell *et al.*, 2014, Woo *et al.*, 2017 Torrens *et al.*, 2020).

Neste contexto, e tendo em vista a cobertura universal de saúde, tem-se assistido, um pouco por todo mundo, à implementação de prática avançada em enfermagem (PAE) enquanto estratégia para fazer face aos desafios impostos pela escassez de recursos humanos e aumento dos custos totais em saúde, sendo que um crescente corpo de evidência tem demonstrado importantes contribuições desta prática para a promoção da acessibilidade e efetividade, aumento da eficiência e melhorias na qualidade e satisfação de utentes e profissionais (Buchan e Calman, 2004; Delamaire *et al.*, 2010; Newhouse *et al.*, 2011; Woo et al., 2017 Torrens et al., 2020).

A PAE tem vindo a emergir a nível internacional, sendo que um crescente número de tem actualmente implementado algum tipo de papel avançado de enfermagem (Driscoll *et al.*, 2005, Schober e Affara, 2006; Heale e Buckley, 2015; Hu e Forgeron, 2018).

A PAE tem, por isso, sido encarada como um veículo para a inovação nas reformas dos sistemas de saúde, tendo em vista o desenvolvimento de modelos de prestação de cuidados mais efetivos e sustentáveis (Bryant-Lukosius, 2014; Bryant-Lukosius et al., 2017)

A evolução da PAE tem sido fortemente influenciada por vários fatores sociais. Estes incluem as necessidades de saúde da sociedade, a oferta e procura de profissionais de saúde, as políticas governamentais de saúde adotadas, a educação/formação em

enfermagem, a colaboração intra profissional e multiprofissional, a avaliação de resultados decorrentes da implementação da PAE e a economia em saúde (Ketefian *et al.*, 2001; Bryant-Lukosius *et al.*, 2017).

Em Portugal a composição e organização da mão-de-obra em saúde tem sido alvo de críticas, sendo que vários stakeholders a consideram uma combinação ineficiente de recursos com consequências a nível da produtividade e acessibilidade a certos serviços (Dussault e Fronteira., 2010; ERS, 2011; Buchan *et al.*, 2013, Temido *et al.*, 2014). Assim sendo, vários intervenientes têm defendido a revisão da composição e do âmbito de ação de profissões como sejam a enfermagem, (Barros, 2011; Buchan *et al.*, 2013; Temido e Dussault, 2014; FCG, 2014), até porque parece existir “relativo espaço normativo político e social para a expansão do campo de exercício profissional de enfermagem” (Temido e Dussault, 2014).

A discussão da implementação de PAE, tendo em vista a promoção da acessibilidade e a indução da eficiência na prestação de cuidados tem, por isso, sido alvo de discussão acalorada entre ordens e representantes legais das diferentes classes profissionais, sendo esta uma temática que tem merecido alguma atenção por parte da opinião pública, da comunidade científica e de decisores políticos (Presidência do Conselho de Ministros, 2016; OM, 2017; SEP, 2017, Borja-Santos, 2015, 2017; Jornal Médico, 2015; Baltazar, 2014, ERS, 2014, Barros, 2011; Buchan *et al.*, 2013; Temido e Dussault 2014, Temido e Dussault; 2015)

Por ser uma temática emergente em Portugal, a evidência científica nacional disponível, relativa à PAE, é ainda limitada, sendo que frequentemente se assiste, por parte dos meios de comunicação social e de alguns sítios de discussão pública na internet, à utilização do termo PAE como sinónimo de substituição de médicos por enfermeiros e/ou prescrição por enfermeiros, o que sugere desconhecimento, por parte de decisores políticos, público em geral e até dos profissionais, relativamente à natureza da PAE, o que pode influenciar a aceitabilidade social da sua implementação.

Assim sendo, o presente estudo propôs-se clarificar o conceito PAE, enunciar as principais barreiras e elementos facilitadores da sua implementação e debruçar-se sobre os resultados alcançados pela mesma a nível internacional. Ambicionou ainda determinar onde se encontra Portugal face à implementação da PAE, tendo em vista a contextualização internacional.

MÉTODOS:

O presente estudo de natureza exploratória e descritiva teve por base a realização de uma *Scooping Review*, mediante recurso à plataforma de busca EBSCO, com acesso às Bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, na Base de Dados ScienceDirect e PubMed, sendo que para tal se conjugaram palavras-chave ”*advanced practice nursing*”, “*advanced practice nurse*” “*advanced nurse practice*” “*advanced nursing practice*” com as seguintes palavras “*definition*”, “*regulation*”, “*legislation*”, “*cost-effectiveness*” e “*outcomes*”. Restringiram-se os resultados a texto integral, escritos em inglês, não se tendo limitado a pesquisa no tempo. Estendeu-se a pesquisa a documentos técnicos e *sites* governamentais e de associações profissionais, sempre que se considerou serem necessários esclarecimentos adicionais. Para se determinar o ponto de situação face à implementação de PAE em Portugal realizou-se uma revisão narrativa, não sistemática, da literatura.

RESULTADOS

Prática Avançada em Enfermagem – a definição.

A evolução do conceito prática avançada em enfermagem tem sido longa e complexa e tem resultado em inovação e reinvenção da profissão de enfermagem, mas também em confusão e equívocos no que concerne o core da prática avançada e os seus potenciais benefícios para a prestação de cuidados (DOH, 2010, Barton *et al.*, 2012).

Historicamente a PAE surgiu no final do séc. XIX e início do sec. XX, nos EUA, tendo-se desenvolvido e expandido na segunda metade do século XX, impelida por um conjunto de forças sociopolíticas e profissionais que se prenderam com a escassez de médicos em áreas remotas e rurais (caso dos *nurse practitioner*) e o interesse e necessidade de prestação de cuidados de enfermagem mais diferenciados (*clinical nurse specialist*) que se coadunassem com as necessidades das populações, e que fossem ao encontro dos referenciais teóricos e quadros conceptuais de enfermagem que então emergiam (Pulcini, 2009; Hamric *et al.*, 2013).

Inicialmente associado a alguma forma de especialização em enfermagem, nomeadamente aos enfermeiros anestesistas, aos enfermeiros parteiros, aos enfermeiros especialistas (*clinical nurse specialist*) e aos *nurse practitioners*, o termo PAE pretendia, na altura, diferenciar os enfermeiros com competências mais avançadas dos enfermeiros generalistas (Mantzoukas e Watkinson, 2007; Pulcini, 2009).

Embora as especialidades de enfermagem de então tivessem evoluído de forma distinta e compreendessem competências diferentes, consoante a área de conhecimento específico sobre a qual se debruçavam, as funções desempenhadas pelos enfermeiros de prática avançada eram consideradas como sendo igualmente exigentes, na medida em que requeriam um conhecimento mais abrangente, um pensamento crítico mais estruturado, um elevado grau de autonomia e uma tomada de decisão mais complexa. Apesar da prestação direta de cuidados ser parte integrante da prática destes enfermeiros, foi dado particular ênfase às funções de consultoria, investigação, formação de pares, educação de utentes e familiares, coordenação de prestação de cuidados, gestão de serviços de saúde (Pulcini, 2009).

Durante os anos 70, 80 e 90 o conceito foi-se desenvolvendo e ganhando relevância fora dos EUA, nomeadamente no Reino Unido, Canadá, Austrália, Holanda e Brasil (Lukosius *et al.*, 2004) dando origem a novos papéis de PAE e a um nº crescente de enfermeiros praticantes, o que resultou numa proliferação de títulos e, conseqüentemente na necessidade de uma maior clarificação do âmbito de ação da PAE, bem como dos requisitos educacionais e mecanismos de regulação necessários para a exercer (Kleinpell *et al.*, 2014, Carney, 2016).

Atualmente a PAE desempenha um papel fulcral nos sistemas de saúde um pouco por todo o mundo, contribuindo para a inovação e a sustentabilidade técnica e financeira dos modelos de prestação de cuidados (Bryant-Lukosius, 2014). Contudo, continua a existir uma grande variabilidade no que concerne a definição, os requisitos educacionais, a nomenclatura utilizada, a regulação e âmbito de ação da PAE a nível global (Jamieson e Williams, 2002; Carney, 2016), sendo que as imprecisões na descrição de funções e papéis a serem desempenhados e os títulos a serem atribuídos se devem, invariavelmente, à conjuntura em que PAE é implementada, seja ela a de carências de profissionais, reestruturação dos sistemas de saúde, resposta a necessidades emergentes das populações, aumento da eficiência, qualidade, etc. (Bryant-Lukosius *et al.*, 2004). Este é, de resto, um dos motivos pelo qual a PAE se encontra em diferentes estádios de desenvolvimento nos países onde está implementada ou em vias de implementação.

A literatura refere ainda que a definição de PAE varia ente países e que parecem mesmo existir tantas definições de PAE quantos títulos para os enfermeiros que se dedicam à mesma, o que resulta em confusão para o público em geral e para os demais profissionais de saúde (Pulcini *et al.*, 2009).

As dificuldades em fornecer uma definição precisa e concisa de “prática avançada de enfermagem” decorre do fato das definições existentes abrangerem uma crescente e vasta gama de competências e práticas, e do facto dos papéis da PAE estarem em diferentes estágios de desenvolvimento e implementação em muitos países. Também o surgimento de novas categorias de profissionais de saúde, como seja, por ex., o “*physician assistant*” nos Estados Unidos e Reino Unido contribuem para a imprecisão na definição e utilização desta terminologia (Delamaire *et al.*, 2010; Bryant-Lukosius *et al.*, 2004; Pulcini *et al.*, 2009).

No que concerne os títulos e denominações utilizados na literatura para os EPA estes são múltiplos e diversos, e incluem *Advanced Practice Nurse* e *Nurse Consultant* na Austrália; *Clinical Nurse Specialist*, *Nurse Practitioner* no Canadá; *Advanced Nurse Practitioner*, *Advanced Midwife Practitioner* na Irlanda; *Advanced Nurse Practitioner*, *Clinical Nurse Specialist*, *Nurse Consultants*, *Modern Matron*, *Advanced Clinical Practitioner*, *Community Matron* no Reino Unido; *Advanced Practice Registered Nurse* que engloba os *Certified Nurse Practitioner* (CNP), *Clinical Nurse Specialist* (CNS), os *Certified Registered Nurse Anesthetist* (CRNA), e os *Certified Nurse-Midwife* nos EUA (Dowling *et al.*, 2013; Duffield *et al.*; 2009; AACN, 2008). Não obstante as diferenças na nomenclatura, regulação e requisitos educacionais, existem características e competências comuns e indispensáveis à prática de enfermagem para que ela possa ser considerada avançada.

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) os enfermeiros de prática avançada (EPA) são profissionais que “... *adquiriram conhecimentos especializados, competências de tomada de decisão complexas e proficiência clínica para uma prática mais alargada/expandida, sendo as características da mesma moldadas pelo contexto e/ou país onde este está habilitado para exercer (sendo) o nível de mestrado recomendado para o exercício da prática.*” (ICN, 2018, p.7).

As comunalidades definidas pelo ICN como impreteríveis para a PAE encontram-se resumidas na tabela abaixo.

Tabela 9. Comunalidades da Prática Avançada Enfermagem (às quais se aplicam políticas específicas de cada país e/ou estado) (ICN; 2018)

<p>Formação</p>	<p>Formação Educacional a nível avançado</p> <p>Reconhecimento formal de programas educacionais credenciados ou aprovados que preparem enfermeiros para prática de funções avançadas de enfermagem.</p> <p>Sistema formal de licenciamento, registro, certificação e credenciamento.</p>
<p>Natureza da Prática</p>	<p>Integra investigação, formação, gestão e evidência na prática clínica diária.</p> <p>Alto grau de autonomia profissional e prática independente</p> <p>Gestão de casos clínicos e casuística própria.</p> <p>Competências avançadas de avaliação de saúde, raciocínio diagnóstico e tomada de decisão</p> <p>Competências clínicas avançadas reconhecidas</p> <p>Prestação de serviços de consultoria a prestadores de serviços de saúde</p> <p>Planeia, implementa e avalia programas</p> <p>Primeiro ponto de contato reconhecido pelos clientes</p>
<p>Mecanismos de Regulação (Específicos de cada país/estado e suportam/sustentam a PAE).</p>	<p>Direito de diagnosticar</p> <p>Autoridade para prescrever medicamentos</p> <p>Autoridade para prescrever tratamento</p> <p>Autoridade para referenciar clientes a outros profissionais</p> <p>Autoridade para admitir pacientes a nível hospitalar</p> <p>Legislação para conferir e proteger o título "Enfermeiro de Prática Avançada"</p> <p>Legislação e mecanismos de regulação profissional específicos para a PAE.</p> <p>Reconhecimento oficial de título profissional para enfermeiros de PAE</p>

A PAE abrange, portanto, uma ampla variedade de atividades, estando a formação, natureza da prática e a regulação profissional fortemente dependentes do contexto nacional e/ou estadual.

O que caracteriza a prática como sendo avançada é a integração da prática clínica com as responsabilidades de educação, liderança e gestão organizacional, desenvolvimento profissional, prática baseada na evidência e a investigação (HEE, 2020; CNOD, 2017, DHSSPS, 2016).

A PAE permite, do ponto de vista da aptidão clínica, que seja reconhecida aos enfermeiros que exercem a este nível, competências para antecipar e gerir situações complexas de problemas de saúde, reais e potenciais, e autonomia para realizar práticas tradicionalmente de reserva médica - nomeadamente, realização de exame objetivo completo, prescrição e interpretação de meios complementares de diagnóstico, realização de diagnóstico, prescrição de medicação e tratamentos, realização de certas técnicas de diagnóstico, privilégios de admissão, alta e referenciação de doentes para outros profissionais de saúde e entre níveis de cuidados, gestão da doença, educação e promoção da saúde, bem como privilégios de admissão nos serviços de saúde. (ICN, 2018, DHSSPS, 2016, RCN, 2020; Pulcini, 2009).

A PAE compreende competências avançadas de avaliação de saúde, de tomada de decisão e de raciocínio de diagnóstico, bem como um elevado grau de autonomia profissional e uma prática independente, com gestão de casos /lista própria de utentes, sendo os enfermeiros que a exercem um primeiro ponto de contato reconhecido para clientes (ICN, 2018; Sheer e Wong, 2008; Pulcini *et al.*, 2009).

A PAE integra ainda a investigação, educação, a gestão, a prestação de serviços de consultoria a prestadores de serviços de saúde, o planeamento, implementação e avaliação de programas (ICN, 2018).

No que concerne a terminologia utilizada, Bryant-Lukosius *et al.* (2004) referem que a utilização indiscriminada dos termos Prática de Enfermagem Avançada e Prática Avançada de Enfermagem como sinónimos contribui para a confusão e controvérsia existente em torno destas terminologias, sendo que a compreensão das diferenças entre estes dois conceitos é indispensável ao desenvolvimento e implementação de PAE.

De acordo com a autora, o termo prática de enfermagem avançada descreve o campo de ação e as funções realizadas pelos enfermeiros que a exercem, debruçando-se sobre a

prática clínica em si, que se distingue da prática básica de enfermagem mediante uma especialização, expansão e avanço da prática (Bryant-Lukosius *et al.*, 2004) de enfermagem. Hamric (2000) refere que o foco principal da prática de enfermagem avançada é a prática clínica.

A prática de enfermagem avançada diz, por isso, respeito à expansão do tradicional escopo de ação da enfermagem, envolvendo um exercício altamente autônomo que otimiza os conhecimentos da enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da profissão (Bryant-Lukosius *et al.*, 2004)

Já o termo prática avançada de enfermagem refere-se a todo um campo específico da enfermagem, nomeadamente ao campo da prática de enfermagem avançada, debruçando-se sobre a variedade de papéis existentes e a forma como coexistem e interagem, os fatores ambientais que influenciam o propósito e a natureza das funções a serem desempenhadas, e que afetam o seu desenvolvimento, implementação e avaliação, bem como os recursos e estruturas que permitem a prática de enfermagem avançada (Lukosius *et al.*, 2004).

A diferença entre os dois termos, de acordo com as autoras pode resumir-se do seguinte modo: prática de enfermagem avançada refere-se ao que os enfermeiros fazem ao passo que a prática avançada de enfermagem refere-se ao nível da prática a que os enfermeiros exercem (Lukosius *et al.*, 2004, NMBA, 2018; Stasa *et al.* 2014, CNA, 2019))

A prática avançada de enfermagem compreende, portanto, experiência, formação, educação e conhecimento. Mais do que um título ou papel, a designação PAE diz respeito a um nível da prática de enfermagem que envolve a integração da prática clínica e de conhecimentos relativos ao sistema de saúde, educação e investigação da enfermagem. O enfermeiro que exerce a este nível é líder em enfermagem e na prestação de cuidados de saúde (ACN, 2019).

Barreiras e Elementos Facilitadores da Implementação de PAE

A implementação de PAE é uma das políticas de recursos humanos em saúde mais estudada na literatura (Delamaire *et al.*, 2010; Buchan e Dal Poz., 2002).

Vários são os argumentos existentes a favor e contra a implementação de PAE, enquanto estratégia de modificação de *skill mix* entre médicos e enfermeiros, como vários são os factores condicionantes do seu desempenho, devendo estes ser devidamente acautelados, equacionados e ponderados pelos decisores políticos quando exploram a opção de uma política de expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem como seja a

Prática Avançada de Enfermagem.

A literatura aponta como principais entraves/barreiras à implementação de PAE a confusão em torno da terminologia, a ausência de clareza relativamente às funções a serem desempenhadas e seus objetivos, a ausência de legislação que regule a prática, a educação e formação inerentes ao desempenho de PAE, e a resistência à implementação de PAE pela classe médica resultante da ênfase na substituição de médicos por enfermeiros (Bryant-Lukosius, 2014, 2017; Lowe *et al.*, 2011; Sangster-Gormley *et al.*, 2011, Kleinpell *et al.*, 2014, Torrens *et al.*, 2020)

Também a incapacidade para gerir os fatores de contexto e o uso limitado de abordagens com base na evidência para desenvolver, implementar e avaliar a implementação de PAE são apontadas como causas de resistência, sendo transversais aos vários países onde estas funções foram introduzidas (Bryant-Lukosius *et al.*, 2004, 2017)

Assim, e para que a introdução e/ou o alargamento de novas funções em enfermagem sejam bem-sucedidas, devem ser subsidiada por avaliações sistemáticas das carências de cada país, tendo em vista a introdução de uma combinação de competências (*skill mix*) de enfermagem que vá ao encontro das necessidades das populações. Para tal, deve ser antecedida de uma descrição clara e precisa da prática e da sua contribuição para os serviços de saúde, por forma a evitar a confusão que por norma se gera quando se implementam novos serviços em enfermagem (Gardner *et al.*, 2007), e para prover os profissionais, os dirigentes, as instituições de ensino e alunos com informação pertinente e fidedigna que permita uma tomada decisão cônica (Mantzoukas e Watkinson, 2007).

Pulcini *et al.* (2010) referem como principais desafios à PAE o acesso limitado a formação diferenciada, formação insuficiente em enfermagem avançada, a variabilidade no âmbito da prática, a autoridade prescritiva (ou a ausência dela), a variabilidade no licenciamento e regulação, o foco da prestação de cuidados no modelo biomédico, incompreensão do papel dos EPA, o desrespeito pela profissão de enfermagem, a hegemonia da profissão médica e questões relacionadas com a qualificação e acreditação. Mas também as barreiras culturais e institucionais podem constituir barreiras à PAE (Cassidy, 2012).

Algumas das estratégias que podem ser utilizadas para sobrepujar estas barreiras são promover a discussão pública da pertinência, importância e valor da PAE envolvendo todos os stakeholders, inclusive os utentes; promover campanhas mediáticas sobre o papel da PAE na prestação de cuidados, empreender atividades de pressão que visem uma

mudança na regulamentação restritiva da PAE; Realçar e demonstrar o impacto da PAE a nível institucional e nacional, demonstrar o valor da PAE mediante implementação de modelos de cuidados inovadores que alavanquem as competências, conhecimentos e experiência dos EPA, dar visibilidade ao papel do EPA identificando e realçando o seu contributo na prática diária, instruir a comunidade política, as entidades administrativas, os legisladores e médicos sobre a contribuição da PAE para a atualização estatutária das instituições de saúde, encorajar os utentes assistidos por EPA a advogar em sua defesa e atestar a sua competência profissional e disseminar, apresentar e publicar informação que demonstre a melhoria na qualidade e segurança promovida por modelos de prestação de cuidados que integrem PAE (Kleinpell *et al.*, 2014).

Delamaire e La Fortune (2010) referem 4 fatores que podem facilitar ou impedir a implementação da PAE:

- 1) Os interesses profissionais de médicos e enfermeiros, com frequente oposição pela profissão médica;
- 2) O modelo organizacional de prestação de cuidados e mecanismos de financiamento, especificamente o modelo de prestação de CSP e os métodos de pagamento dos profissionais de saúde;
- 3) O quadro legislativo de regulação da prática;
- 4) A capacidade instalada para formar enfermeiros para PAE.

Torrens *et al.* (2020) reiteram esta ideia após concluírem, com uma revisão sistemática da literatura que incluiu 54 estudos, que as funções desempenhadas pelos EPA são diversas e abrangem o acompanhamento do ser humano ao longo de toda a vida, bem como em situações específicas com diferentes grupos de utentes (doente crítico, doente crónico, pediátrico, cirúrgico, etc.), não existindo um acordo formal nem regulamentação específica que uniformize as atividades a serem desenvolvidas e o grau de autonomia destes profissionais.

Os autores referem como principais barreiras à implementação de PAE os fatores relacionados com a equipa multiprofissional, nomeadamente a não-aceitação/ não reconhecimento por parte de outros profissionais, a ausência de clarificação relativamente ao papel a ser desempenhado no seio da equipa multidisciplinar, a relutância e, por vezes, recusa de colaboração e/ou partilha de informação tanto inter com intra profissionalmente, as incertezas quanto à responsabilização e à metodologia de financiamento, realçando a

concorrência financeira que a PAE gera, nomeadamente entre médicos e EPA. Relatam ainda que também fatores individuais como sejam a falta de confiança na competência ou capacidade de desempenhar PAE, nomeadamente no que concerne a prescrição e/ou tomada de decisões autônomas fragilizam a implementação da PAE já que múltiplos estudos referiam que os médicos duvidavam da formação, conhecimento, competências e habilidades dos enfermeiros para a PAE (Torrens *et al.*, 2020).

Assim sendo, são necessárias estratégias para fomentar a colaboração e reduzir a oposição, tais como: realizar um trabalho de proximidade com as associações profissionais de enfermeiros, médicos e demais stakeholders; apoiar novos modelos de prestação de cuidados que englobe a criação de incentivos financeiros que promovam a cooperação interprofissional; rever os mecanismos de regulação e legislação profissional tendo em vista o pleno exercício da PAE (incluindo privilégios de prescrição); incentivar o financiamento para programas de educação e formação em PAE e incentivar a colaboração interprofissional e o trabalho em equipa (Delamaire e La Fortune, 2010).

Sangster-Gormley *et al.* (2011) sugerem ainda um planeamento prévio e metuculoso à implementação de PAE, que inclua a definição e esclarecimento do papel do EPA, e promova o envolvimento, apoio e participação ativa de todos os stakeholders envolvidos num estágio inicial, tendo em vista a aceitação, reconhecimento e vontade de trabalhar com os enfermeiros de PAE.

Regulação da PAE

No que concerne os mecanismos de regulação existe, a nível global, grande variabilidade no que concerne os requisitos educacionais indispensáveis à PAE, a regulamentação do âmbito de aplicação/ação, do licenciamento e credenciamento e da nomenclatura utilizada para a prática avançada em enfermagem (Heale e Buckley, 2015; Sangster-Gormley *et al.*, 2011), isto porque, frequentemente a operacionalização da PAE ocorreu de forma distinta. Assim, invariavelmente países distintos apresentam diferentes denominações para papéis semelhantes de prática avançada, o que se traduz em confusão relativamente às funções e papéis a serem desempenhados pelos enfermeiros de prática avançada.

Esta ausência de consenso na operacionalização dos papéis de PAE resultam numa elevada variação da prática, em falta de clareza relativamente às funções a serem desempenhadas, expectativas defraudadas, conflito e/ou sobrecarga de papéis, em variação na aceitabilidade social por diferentes stakeholders e restrições à prática (Carney,

2016).

A compreensão e aceitação da PAE só pode por isso ser alcançada mediante regulação e legislação que legitime, mediante registro, certificação e reconhecimento de competências, uma definição inequívoca das funções a serem desempenhadas, dos requisitos inerentes à PAE, devendo a legislação que a regula ser escrita de forma clara/ inequívoca e credível (Di Censo *et al.*, 2010; Bryant-Lukosius *et al.* , 2004; Heale *et al.* , 2015).

Na literatura a maioria das informações específicas vem de países anglo saxónicos onde a prática se encontra mais desenvolvida, como Estados Unidos da America (USA), Canadá, Austrália e Reino Unido (RU), que são também os países onde a PAE está implementada há mais tempo. Assim sendo, e para efeitos de economia de texto, optou-se por focar a realidade destes 4 países para clarificar em que consiste a PAE.

Prática Avançada em Enfermagem nos USA

Definição:

O National Council of State Boards of Nursing (NCSBN, 2019), nos EUA, define os EPA como sendo enfermeiros certificados com formação ao nível de mestrado, ou superior, numa área de conhecimento e/ou população específico. São exemplos de EPA os Certified Nurse Practitioner (CNP), Clinical Nurse Specialist (CNS), os Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA), e os Certified Nurse-Midwife (CNM) (NCSBN, 2019).

Já a American Nurse Association (ANA) refere que compete aos EPA diagnosticar e tratar doenças, aconselhar o público sobre questões de saúde, gerir doenças crónicas, solicitar meios complementares de diagnóstico e prescrever medicação. Os EPA devem ainda assumir um compromisso para com a formação contínua para permanecer a par de quaisquer desenvolvimento tecnológico e/ou metodológico dentro da sua área de exercício profissional.

A regulação da PAE nos EUA:

O Modelo de Consenso para a Regulação da PAE, que define os elementos indispensáveis ao licenciamento (concessão de autoridade para a prática), acreditação (revisão formal e aprovação por uma agência reconhecida da formação obtida para o exercício da PAE), certificação (reconhecimento formal dos conhecimentos, aptidões e experiência demonstrados pelo cumprimento das normas identificadas pela profissão) e educação

(preparação formal de EPA em programas de licenciatura ou pós-graduação), define EPA como sendo um enfermeiro que:

1. Concluiu um programa de educação de nível de pós-graduação acreditado para a prática de um dos quatro papéis reconhecidos;
2. Foi aprovado em um exame nacional de certificação que avalia as competências (ou sua manutenção) para a PAE em termos de funções a serem desempenhadas e foco populacional para a prática das mesmas, conforme evidenciado pelo programa de certificação nacional.
3. Adquiriu conhecimentos e competências clínicas avançadas que o capacitam para a prestação direta e indireta de cuidados aos indivíduos;
4. Baseia a sua prática nas competências de enfermagem, demonstrando uma maior profundidade e amplitude de conhecimento, maior complexidade das competências e intervenções e maior autonomia do desempenho das suas funções;
5. Possui formação superior diferenciada que o capacita para assumir responsabilidades no âmbito da promoção/manutenção da saúde, bem como na avaliação, diagnóstico e gestão dos problemas dos doentes, o que inclui a utilização e prescrição de intervenções farmacológicas e não farmacológicas.
6. Obteve uma licença para exercer como EPA em um dos quatro papéis possíveis: CRNA, CNM, CNS, ou NP (NCSBN, 2008).

Os EPA são profissionais independentes licenciados que devem exercer de acordo com padrões estabelecidos ou reconhecidos por um organismo de licenciamento. Cada EPA é responsável, perante os pacientes, a profissão de enfermagem e a Ordem profissional, por cumprir os requisitos da lei estadual de prática de enfermagem, garantir a qualidade dos cuidados avançados de enfermagem prestados, por reconhecer limites nos conhecimentos e competências, por gerir situações para além das suas competências, por consultar e/ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde conforma apropriado.

Embora os EPA possuam competências que lhe permitem prestar cuidados aos doentes no âmbito de todo o continuum de saúde- doença, para pelo menos um foco populacional, o ênfase e a forma de implementação varia dentro de cada papel. Assim, enquanto as CNM certificadas fornecem cuidados primários, ginecológicos e de saúde reprodutiva, os NP prestam cuidados de saúde primários e/ou especializados, em contexto de situação

aguda ou crónica, ao longo da vida, mediante avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças e lesões. Os CNS por sua vez estabelecem diagnósticos, definem tratamentos, são responsáveis pela gestão contínua de utentes, prestam consultadoria aos demais enfermeiros que cuidam de pacientes; promovem, participam e lideram mudanças práticas em toda a organização, promovem e asseguram as melhores práticas e cuidados aos doentes, com base na evidência mais recente disponível, tendo em vista a obtenção dos melhores resultados possíveis para os doentes. Já os CRNA fornecem uma gama completa de serviços de anestesia e controle da dor ao longo da vida. (NCSBN, 2008).

Muito embora existam linhas orientadoras para a regulação, certificação, licenciamento e acreditação da PAE nos EUA, esta prática depende e é regida por legislação, regulamentos e estatutos definidos por cada estado, variando de jurisdição para jurisdição, sendo que os critérios de admissão e os exames de certificação para avaliação de competências são díspares, pelo que existe grande variabilidade no desempenho de PAE (funções desempenhadas, competências reconhecidas, privilégios de admissão e prescrição, etc.) entre estados, o que condiciona e dificulta a mobilidade de EPA e condiciona o acesso aos cuidados de saúde (NCSBN, 2008). A principal diferença na PAE entre estados reside efetivamente na autonomia da prática sendo que a AANP define 3 níveis de autonomia para a PAE, entre estados: *Full* - EPA podem prescrever, diagnosticar e tratar doentes sem supervisão médica; *Reduced* - podem diagnosticar e tratar doentes mas precisam de supervisão médica para prescrever medicação; *Restricted* - necessitam de supervisão clínica para prescrever, diagnosticar e tratar doentes (AANP, 2019)

A evidência disponível mostra que os EPA se tendem a fixar em estados onde a PAE é mais autónoma e reconhecida (Kaplan *et al.*, 2012).

O direito à prescrição de medicamentos por EPA nos USA foi introduzida em alguns estados em meados dos anos 1970, contudo obteve maior impacto após a adopção do Balanced Budget Act, em 1997, que possibilitou aos NP faturar directamente à Medicare os serviços prestados, o que lhes permitiu ter clínicas próprias e exercer em áreas que não as carenciadas de PS (Delamaire *et al.* 2010).

Metodologias de Financiamento e Remuneração

As metodologias de financiamento de prestação de cuidados nos EUA são complexas, e compreendem uma mistura de seguros públicos e privados. O governo dos EUA oferece cobertura de seguro para cerca de 53 milhões de idosos, via Medicare, a 62 milhões de

indivíduos e famílias com baixos recursos financeiros via Medicaid e a 15 milhões de veteranos militares através da Veteran's Administration. Cerca de 178 milhões de trabalhadores por conta de outrém obtém seguro de saúde através da entidade empregadora, enquanto 52 milhões de outras pessoas adquirem seguro diretamente através de trocas de mercado subsidiadas desenvolvidas como parte da “*Affordable Care Act*” ou diretamente de seguradoras. O principal prestador de serviços de saúde é o setor privado, com exceção da Administração de Veteranos, onde os profissionais são empregados do governo (Barnett e Berchick, 2017). Assim sendo, predominam as metodologias de pagamento por acto e/ou serviço. Esta conjuntura leva a que o pagamento aos EPA seja complicado e complexo.

De acordo com Brassard (2015) os NPs e CNSs (assim como os PAs) recebem cerca de 85% do valor pago aos médicos pela Medicare. Clínicas que empreguem NPs e CNSs normalmente faturam os seus serviços como serviços médicos para receber 100% de reembolso, sendo que tal só é possível se existir um médico na clínica, e não é aplicável em internamentos hospitalares. As taxas de pagamento de taxa de serviço Medicaid para APRNs variam de acordo com o estado, assim enquanto nuns estados o reembolso a NPs é igual aos de serviços médico, outros aplicam descontos que variam entre 8% e 25%, sendo que APRNs são frequentemente omitidos dos planos de assistência médica Medicaid.

O facto dos serviços prestados pelos EPA serem cobrados com o nome ou número de cobrança de um médico colaborador, resulta na invisibilidade do trabalho prestado pelo EPA o que resulta em imprecisão, desresponsabilização e falta de transparência relativamente aos resultados alcançados (Brassard, 2015).

Prática Avançada em Enfermagem no Canadá

Definição:

De acordo com a Canadian Nurses Association (2019:13) a designação PAE é um “*termo genérico para designar enfermeiros que através de formação pós-graduada e especializada obtiveram profundo conhecimento e experiência para tomada de decisões complexas, tendo em vista atender as necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações*” (CNA, 2019).

As competências dos EPA englobam; a prestação direta de cuidados, por norma numa área especializada de enfermagem, a optimização do funcionamento do sistema de

saúde através da promoção de um atendimento inovador equitativo e centrado no utente; a formação e educação de profissionais de saúde, prestadores de cuidados, utentes e famílias; a investigação, mediante gestão, síntese, crítica e integração de evidência recente e disponível na prática diária; a liderança em organizações e comunidades onde trabalham através da busca consistente de formas de promover praticar e melhorar os cuidados; e promover; a consultadoria através da colaboração e comunicação eficazes com utentes, membros da equipa multidisciplinar e demais stakeholders a nível organizacional, nacional e internacional (CNA, 2016, 2019).

A CNA reconhece como EPA o *clinical nurse specialist* (CNS) e o *nurse practitioner* (NP), afirmando que estes enfermeiros têm competências para: analisar e sintetizar conhecimento; criticar, interpretar e aplicar teoria; participar e coordenar investigação em enfermagem e outras disciplinas; utilizar competências clínicas avançadas, desenvolver e acelerar o conhecimento em enfermagem e na profissão como um todo.

A CNA classifica o CNS como sendo um enfermeiro com conhecimento avançado de enfermagem e competências para a tomada de decisões complexas, que detém um mestrado ou doutoramento em enfermagem, e com experiência em uma especialidade de enfermagem. É, por isso um agente de mudança que traz valor aos clientes, à prática e às organizações, promovendo a qualidade dos cuidados, a melhoria dos resultados em saúde, a segurança dos clientes e a redução de custos (CNA, 2016, 2019).

O NP por sua vez detém formação superior diferenciada e experiência, possuindo e evidenciando competências para diagnosticar, solicitar e interpretar de forma autónoma meios complementares, prescrever medicação e realizar procedimentos específicos, no âmbito da sua prática, de acordo como que está regulamentado e legislado (CNA, 2019, p.1).

A diferença entre ambos reside na competência, conhecimento e autoridade adicional que os NP têm para diagnosticar, solicitar e interpretar meios complementares de diagnóstico, prescrever tratamento (incluindo medicamentos) e realizar procedimentos específicos, encontrando-se esta prática devidamente regulada e legislada (CNA, 2019).

Tanto os NPs como os CNSs fazem face às necessidades complexas de saúde dos cidadãos em uma grande variedade de cenários e contribuem para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável, eficiente e eficaz (CNA, 2019).

Os NPs melhoram o acesso aos cuidados de saúde, reduzem os tempos de espera e aliviam

a pressão sobre o sistema de saúde mediante realização de diagnóstico precoce e gestão de condições agudas e crônicas. Desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das organizações e comunidades promovendo o trabalho em equipa interprofissional, a melhoria da qualidade, a capacitação e desenvolvimento de políticas de saúde. São regularmente responsáveis pela prestação de cuidados a populações vulneráveis e cuidam de clientes complexos com múltiplas comorbilidades.

Os CNSs são responsáveis pela prestação de cuidados altamente diferenciados, complexos e especializados, pelo desenvolvimento e avanço da profissão de enfermagem, por liderar iniciativas de promoção da qualidade baseadas na evidência, de acordo com os últimos avanços tecnológicos, pelo que a sua prática compreende a gestão e prestação de cuidados a populações vulneráveis, formação, educação e apoio interdisciplinar e implementação de estratégias de inovação no sistema de saúde (Bryant-Lukosius *et al.*, 2015).

Regulação da PAE no Canadá

No Canadá a PAE é auto regulada pela profissão de enfermagem. O governo territorial e provincial delegou e mandatou, através de legislação específica, a regulação da PAE a órgãos reguladores da profissão de enfermagem.

Estes órgãos são responsáveis por: a) estabelecer requisitos de admissão à PAE; b) promover, articular e assegurar o cumprimento de padrões de prática e de conduta; c) aprovar programas de formação e educação em enfermagem; d) gerir programas de formação contínua que garantam a competência e qualidade dos cuidados assegurados pelos EPA.

Todas as províncias e jurisdições no Canadá têm legislação e regulamentação em vigor para a PAE e para a protecção dos títulos/ grau de "*nurse practitioner*" e "*clinical nurse specialist*".

No Canadá o direito à prescrição autónoma de medicamentos é exclusiva dos NP e surgiu em 1998 em Ontário, tendo-se estendido posteriormente a todas as províncias e territórios, embora com limitações em algumas zonas em que os privilégios de prescrição por NP se restringiam a uma listagem de medicamentos. Atualmente a prescrição por NP foi liberalizada a todo o território nacional e é menos restritiva, contudo os NP não estão autorizados a prescrever narcóticos ou medicamentos que exijam validação superior. A formação indispensável à prescrição, independente de medicação a ser prescrita, faz parte

do programa de educação e formação dos NP (Delamaire *et al.*, 2010).

Metodologias de Financiamento e Remuneração

No Canadá os modelos de financiamento da PAE e de pagamento aos EPA diferem entre províncias, variando entre modelos assalariados, de capitação, modelos de “*shadow billing*” (em que os empregadores, por norma médicos donos de clínicas privadas, alocam as despesas com salários dos NPs a um seguro de saúde público designado “*Medical Services Plan*” (MSP), pagamentos directos dos utentes (posteriormente reembolsados pelo MSP) e mediante pagamento “*fee-for-service*” pago pelos utentes ou pela entidade empregadora, por norma clínicas médicas (CNA, 2016; DiCenso *et al.*, 2010).

A maioria dos pagamentos assalariados são financiados pelo Ministério da Saúde, pelo governo ou departamento de saúde de cada província, ou pelo orçamento global dos hospitais. As restantes metodologias de pagamento são utilizadas por empresas e clínicas privadas que pagam aos EPA através de reembolso.

De acordo com DiCenso *et al.* (2010) o financiamento para cargos de CNSs e NPs provém de orçamentos globais, no caso dos hospitais, ou de orçamentos territoriais ou provinciais no caso dos cuidados de saúde primários, o que tem levantado questões relativamente à ausência de um mecanismo estável de financiamento destas posições. A ausência de um modelo de financiamento é, de resto, apontada como uma das principais barreiras à implementação de PAE no país já que, frequentemente os gestores têm que recorrer a fundos do orçamento global das instituições para financiar a PAE, o que é visto pelos gestores como uma abordagem insustentável. As autoras referem ainda que os distintos pontos de vista dos *stakeholders*, sobre a disparidade salarial existente entre EPA e os demais profissionais de saúde, dificultam a disseminação da PAE, já que enquanto uns referem que os salários dos EPA não são atrativos, atendendo às responsabilidades inerentes, outros sugerem que salários mais elevados são injustificados e podem acarretar problemas de sustentabilidade financeira pelo que deveriam existir tabelas salariais para EPA compatíveis com as competências necessárias e as tarefas a serem desempenhadas. A questão da necessidade de supervisão médica para a PAE também emerge como fragmentante na medida em que estes profissionais afirmam não ser pagos para supervisionar o trabalho dos EPA o que pode resultar em desincentivo para trabalharem em equipa. Por outro lado incentivar financeiramente médicos para contratar EPA pode resultar numa relação de hierarquia em detrimento de uma relação de trabalho de equipa.

Metodologias de financiamento que compreendam a perda de rendimento dos médicos devido à transferência de tarefas para EPA, como seja *fee-for-service*, resulta em forte oposição e barreira à integração dos EPA na equipa multidisciplinar, pelo que importa desenvolver metodologias de remuneração que garantam uma compensação justa entre todas as profissões que compõem a quipe multidisciplinar. (CNA, 2016; Dicenso *et al.*, 2010).

Prática Avançada em Enfermagem no Reino Unido

Definição

De acordo com o Royal College of Nursing (RCN) a PAE corresponde a um nível da prática de enfermagem. Assim sendo, os EPA são profissionais com formação superior, em prática avançada, ao nível de mestrado, que utilizam conhecimentos e competências especializadas, sendo reconhecidos como idóneos e competentes na sua prática diária.

Os EPA têm liberdade e autoridade para agir e tomar decisões autónomas na avaliação, diagnóstico e tratamento dos doentes (RCN, 2019), devendo demonstrar competências em quatro áreas distintas: na prática clínica, na liderança e gestão, na educação e na investigação (HEE, 2020). Devem exercer de forma independente, com discernimento profissional, em colaboração com outras profissões e agências, avaliando riscos e monitorizando resultados. (CNOD, 2017; DoH, 2010).

Os EPA estão na vanguarda da sua área de atuação e compreendem as implicações sociais e o contexto político e económico da prestação de cuidados de saúde, demonstram perícia e um profundo conhecimento dentro da sua área de especialização e na sua prática diária. A sua proficiência e conhecimentos em áreas tão diversas como diagnóstico, terapêutica, ciências biológicas, sociais e epidemiológicas e farmacologia são reconhecidos por utentes e outros profissionais de saúde. Estes enfermeiros assumem papéis de liderança, trabalhando com diversos PS e stakeholders a fim de influenciar uma gestão estratégica, com intuito de melhorar os serviços e promover a qualidade dos cuidados prestados (DoH, 2010).

Apesar de abranger aspectos como a educação, gestão ou investigação, a PAE está firmemente enraizada na prestação de cuidados diretos aos utentes, famílias e populações DoH (2010).

No RU a formação indispensável para a PAE varia ao longo do país (Schober e Affara, 2006; Pulcini, 2010; Heale and Rieck Buckley, 2015) e embora seja recomendado o grau

de mestrado para o desempenho desta prática, menos de um terço dos EPA no RU possuem um mestrado (Garrish *et al.*, 2011). Efectivamente o grau de bacharelato é suficiente para se progredir de generalista para NP ou CNS, desde que os profissionais possuam experiência relevante na área de exercício profissional que os qualifique para uma prática avançada. A experiência é, por assim dizer, o que qualifica o enfermeiro para uma prática avançada. Estão disponíveis, por todo o país programas de formação específicos que permitem aos enfermeiros expandir a sua prática em determinadas áreas com seja, por exemplo, a prescrição.

Regulação da PAE no RU

A regulação da PAE tem sido um tema recorrente entre *policy makers* nos últimos 20 anos no RU (King *et al.*, 2017), isto porque a falta de legislação e regulação da PAE no Reino potenciou grande discrepância no exercício da PAE, dificuldade na conceptualização e definição das funções a serem exercidas, e dificuldades no rastreamento dos profissionais que a exercem, enquanto esta se foi desenvolvendo oportunisticamente.

Até 2017, por exemplo, quem assumia a responsabilidade pela regulação da PAE no RU eram as entidades empregadoras, isto porque, eram elas quem planeavam o nº de efetivos necessários, as funções a serem desempenhadas, a formação para o exercício das mesmas, definiam os papéis e asseguravam a supervisão (King *et al.*, 2017, Delamaire *et al.*, 2010).

Por este motivo o Royal College of Nursing (RCN, 2018) sugeriu a implementação, de modo faseado, de um modelo de acreditação de competências para a PAE, tendo em vista o reconhecimento formal das competências e experiência dos EPA perante empregadores, colegas, demais profissionais de saúde, utentes e público em geral. Os requisitos de acreditação para o desempenho de PAE consistem em: comprovar qualificação ao nível de mestrado em área relevante para a PAE; comprovar qualificação para prescrição independente de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, registada no Nursing and Midwifery Council (NMC); ser um membro ativo do NMC; apresentar um plano de trabalho relevante e que reflita os quatro pilares da PAE: exercício da prática clínica, liderança, educação e investigação. O RU encontra-se actualmente numa fase de transição para este modelo de acreditação, sendo que o mesmo ainda é voluntário pelo que é possível que muitos EPA que cumprem com os requisitos não estejam ainda certificados (King *et al.*, 2017; RCN, 2018).

A inexistência de uma regulação da PAE a nível nacional, ausência de protecção jurídica

do título EPA e a falta de padronização na formação exigida para a prática e funções a serem desempenhadas pode resultar em restrições organizacionais, falta de cooperação entre colegas da equipa multidisciplinar, restrições na prescrição de MCDTs e, conseqüentemente, limitações na prática avançada (Heale *et al.*, 2015; Pulcini *et al.*, 2010; King, 2017).

Os títulos existentes para os EPA são múltiplos e diversos, não se encontram protegidos por legislação ou regulação de qualquer espécie, e nem sempre reflectem o nível de conhecimentos e competências que os enfermeiros detêm. Os quatro títulos mais comumente associados à PAE são: clinical nurse specialists (CNS), (advanced) nurse practitioners, nurse consultants e matrons (Delamaire *et al.*, 2010).

No RU os enfermeiros adquiriram o direito à prescrição no início dos anos 90, sendo que atualmente, todos os enfermeiros e não apenas os EPA podem obter formação em prescrição desde que sejam licenciados e tenham pelo menos três anos de experiência, sendo que o programa de formação compreende 26 dias de teoria e 12 dias de prática.

Metodologias de Financiamento e Remuneração

A principal fonte de financiamento dos cuidados de saúde no RU é pública, com recurso a fontes fiscais. Contudo, coexiste algum financiamento privado através de investimentos de iniciativas financeiras privadas. A alocação financeira é definida por *Clinical Commissioning Groups*, mediante decisões tomadas com base na procura específica de cuidados, por utentes registados, de acordo com listas de doente, por *general practitioner* – GP - (médico de família), sendo os orçamentos alocados, mediante contratualização e proporcionalmente aos indicadores de produtividade, baseados em patologias clínicas. Existe, portanto, um incentivo à eficiência sem prejuízo da qualidade. O estímulo ao mercado de saúde independente do NHS ocorre por meio de incentivo à participação privada, para serviços com listas de espera, através de uma contratualização privada com financiamento público (Fillipon *et al.*, 2016).

A remuneração dos profissionais de saúde no RU, à excepção de médicos, dentistas e gestores séniores, estão estabelecidas na “*Agenda for Change*”, que define faixas de vencimento para os PS do NHS, não sendo estas obrigatoriamente adotadas pelos prestadores cuidados privados.

Embora o RCN recomende que um EPA que exerça de forma autónoma, como por ex. o *nurse practitioner*, aufera uma remuneração na faixa de vencimento 8a (que varia entre

45.753 a 51.668 libras/ano conforme os anos de experiência), as entidades patronais nem sempre seguem estas orientações, podendo as remunerações variar entre a faixa de vencimento 6 (31,365 a 37.890 libras/ano) e a 8a (King *et al.*, 2017), sendo que em 2012 o RCN advertia para o facto de algumas entidades patronais oferecerem remuneração para posições de PAE incompatível com a formação, competências e experiência dos EPA (RCN, 2012).

Buchan e Calman (2005) referem que um dos principais motivos pelo qual a PAE foi tão bem recebida e abraçada pela profissão médica no RU, ao contrário da maioria dos países, foi precisamente porque as metodologias de pagamento predominantes – assalariada e por capitação, encorajarem a delegação de tarefas e o trabalho em equipa.

Prática Avançada em Enfermagem na Austrália

Definição

Na Austrália o *Nursing and Midwifery Board of Australia* (NMBA) define a PAE como sendo um nível da prática de enfermagem que implica um elevado grau de conhecimento, competências e experiência de enfermagem, aplicado no relacionamento enfermeiro / paciente, a fim de alcançar resultados ótimos por meio de análise crítica, resolução de problemas e tomada de decisão precisa (NMBA, 2018).

Os EPA exercem funções em múltiplas áreas, em contexto de elevada complexidade clínica, e obtêm a sua competência por meio de desenvolvimento profissional contínuo no âmbito da prática de enfermagem avançada, são detentores de um mestrado aprovado e exigido pelo NMBA, e têm uma experiência prévia de pelo menos 5.000 horas de prática de enfermagem avançada, podendo exercer enquanto generalistas (*registered advanced practice nurse – RN*), especialistas (*clinical nurse specialist - CNS*) ou consultores (*nurse consultant - NC*), entre outros, na medida em que, na Austrália, a PAE consiste num nível da prática de enfermagem e não numa função (NMBA, 2018). São considerados EPA os *nurse practioners*, os *nurse consultants* mas também todos os enfermeiros que dentro do âmbito da sua prática e contexto de trabalho exercem a um nível avançado.

No contexto australiano, a PAE desempenhada pelos *nurse practitioners* (NP) engloba funções adicionais que estão fora do âmbito da prática dos demais. O exercício destas funções obedece a legislação e regulação específica.

O papel do NP está enraizado nos valores, conhecimentos, teorias e práticas da enfermagem e fornece serviços de saúde inovadores e flexíveis que complementam outros

prestadores de cuidados de saúde. (NMBA, 2018), e caracteriza-se por ter um elevado foco clínico que pode incluir, entre outros, a referência direta de pacientes a outros profissionais de saúde, a prescrição de medicamentos e a solicitação e interpretação de investigações diagnósticas, pelo que têm maior responsabilidade e autoridade na gestão da sua lista própria de utentes do que outros demais enfermeiros registrados (NMBA, 2018; Scanlon *et al.*, 2016).

De acordo com NMBA, a intenção ao introduzir o papel de NP era a de reconhecer um papel de enfermagem altamente qualificado, cujo foco clínico conferisse maior autonomia aos enfermeiros em colaboração com outros profissionais de saúde.

O NMBA distingue Prática de Enfermagem Avançada (PEA) de Prática Avançada de Enfermagem (PAE), estabelecendo que a PEA compreende um *continuum* ao longo do qual os enfermeiros desenvolvem os seus conhecimentos profissionais, capacidade de raciocínio e decisão clínica, competências e comportamentos, incorporando a liderança profissional, ensino e evidência na sua prática clínica, tornando a sua prática eficaz e segura, podendo trabalhar dentro de um contexto generalista ou especialista, sendo responsáveis pela gestão de utentes com requisitos complexos de assistência de saúde.

Assim sendo, a PEA é impreterível para o exercer ao nível da PAE, na medida em que para se qualificarem como enfermeiros de prática avançada os profissionais devem ter no mínimo 5.000 horas de experiência de prática de enfermagem avançada, sendo o seu campo de ação enquanto EPA determinado pela experiência clínica prévia, formação, treino e competências desenvolvidas no contexto dos requisitos legislativos e regulamentares federais, estaduais e territoriais, determinando assim o contexto para a sua prática (Scanlon *et al.*, 2016; Cashin, *et al.*, 2015).

Regulação:

Na Austrália a regulamentação da prática e dos títulos, *nurse practitioner* e *advanced practice nurse (clinical nurses, consultants)*, bem como os critérios de admissão para ser aceite como EPA é realizada a nível nacional pelo NMBA (king *et. al*, 2017; Maier, 2015).

Contudo, existe legislação específica em cada um dos seis estados que define, regula e limita a prática dos EPA em termos de âmbito de acção, prescrição e referência de doentes no sistema de saúde, o que resulta em alguma variabilidade na PAE entre estados (Buchan e Calman., 2004; Delamaire *et al.*, 2010, Maier, 2015).

No que concerne a regulação da PAE foram realizados vários estudos na década de 90

sobre o papel dos NP e dos CNS que levaram a alterações jurídicas na legislação em vários estados e territórios, e que viabilizaram a implementação e reforçaram a posição dos NP em todo o território (Pulcini et al, 2009; Maier, 2015, Gardner *et al.* 2007)

Para o exercício da PAE na Austrália é indispensável um mestrado e um mínimo de 5 anos de experiência (Maier, 2014; NMBA, 2018).

Relativamente à prescrição de medicamentos, apenas os NP podem prescrever sem supervisão médica, existindo algumas variações entre estados. O direito à prescrição foi introduzido em alguns estados em 1990 e permite a prescrição de um vasto leque de medicamentos tais como antibióticos, retrovirais e antidepressivos. Alguns medicamentos apenas podem ser prescritos sob supervisão médica, por exemplo anticoagulantes. Para poderem prescrever os NP necessitam de uma formação adicional de 60 a 80 horas. (Delamaire *et al.*, 2010).

Metodologias de Pagamento/ Remuneração

Na Austrália o principal responsável pelo financiamento dos serviços de saúde é o governo Australiano, através de receitas de impostos. Contudo, o sistema de financiamento do sistema de saúde é complicada, sendo que o financiamento também provém de governos estaduais, territoriais e locais. Coexistem ainda fontes não-governamentais, como seguros privados de saúde e pagamentos directos "*out of pocket*" feitos pelos cidadãos, total ou parcialmente, ainda que de forma menos expressiva (Australian Institute of Health and Welfare, 2018).

O estado financia a maior parte da despesa total para serviços de saúde comunitários e o financiamento dos hospitais públicos é partilhado entre o governo australiano e governos estatais e/ou territoriais.

O serviço de saúde público australiano – Medicare – é universal e assegura acesso gratuito à maioria dos cuidados de saúde a cidadãos e residentes permanentes.

A remuneração dos profissionais de saúde, e portanto dos EPA, ocorre mediante pagamento de salários para os que exercem em hospitais públicos, e *fee for service* (taxa por serviço) para os que exercem em cuidados de saúde primários, cuidados continuados ou clínicas próprias e/ou privadas, mediante a tabela de honorários previamente estabelecida da Medicare Benefits Schedule (MBS), que engloba mais de 5.700 itens, entre consultas, procedimentos e exames de diagnóstico. De referir que ainda existem algumas limitações ao reembolso de procedimentos e cuidados prestados por EPA, como

sejam os NP, que têm vindo a ser abordados nos últimos anos, de forma a incentivar a empregabilidade e a procura de EPA pelos cidadãos (Report from the Nurse Practitioner Reference Group, 2018)

Resultados da Prática Avançada em Enfermagem

Existe um crescente corpo de evidência que se debruça sobre o impacto da implementação da PAE em termos de efetividade, eficiência, qualidade, promoção da acessibilidade a cuidados de saúde, satisfação de utentes e profissionais, sendo que grande parte da mesma resulta de revisões sistemáticas da literatura e meta-análises realizadas, maioritariamente, nos países anglo-saxónicos em foco no presente estudo (Buchan e Calman., 2004; Casey *et al.*, 2017; Newhouse *et al.*, 2011; Horrocks *et al.*, 2002; Laurent *et al.*, 2018), conforme veremos a seguir.

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais prospectivos, realizada por Horrocks *et al.* (2002), que pretendia determinar se os NP podiam prestar cuidados equivalentes aos médicos, no âmbito dos cuidados saúde primários, concluiu que os pacientes apresentavam níveis de satisfação superiores com as consultas com NP do que com as dos médicos, os NP pareciam identificar com maior frequência alterações do estado de saúde, faziam registos clínicos mais completos, solicitavam e interpretavam meios complementares de diagnóstico adequadamente e apresentavam melhores resultados na comunicação com os doentes, na promoção da saúde e autocuidado. O estudo evidenciou ainda que os NP solicitavam mais meios complementares de diagnóstico e demoravam-se mais nas consultas, comparativamente aos médicos. Os autores defendem que, embora os resultados apontem para níveis equivalentes de qualidade dos cuidados prestado e resultados em saúde entre médicos e enfermeiros, são necessários mais estudos que garantam e atestem a competência dos NP como primeiro ponto de contacto do sistema de saúde.

Buchan e Calman. (2004), após a realização de um revisão narrativa da literatura que pretendia avaliar os resultados da implementação de PAE, concluíram que existem estudos randomizados, em áreas específicas, que comprovam que os EPA prestam cuidados, no mínimo, equivalentes aos dos médicos, embora não sejam claras as implicações em termos de custo-benefício, sendo que, em alguns casos, os indicadores de resultados são a curto prazo pelo que não se podem deduzir os benefícios e/ou malefícios a longo prazo. De acordo com os autores os estudos incluídos nesta revisão não

contemplavam uma análise económica robusta que permitisse tirar conclusões acerca do custo efetividade decorrentes da PAE.

Estes achados vão ao encontro dos de Delamair *et al.* (2010), que após a realização de uma revisão da literatura que se propunha analisar o desenvolvimento e implementação de PAE em 12 países e avaliar o seu impacto na prestação de cuidados de saúde primários em termos de efetividade e custos concluíram, que: os EPA prestam, em diferentes países e para grupos específicos de utentes (doença minor, doença crónica), em contexto de cuidados saúde primários, cuidados equivalentes aos dos médicos, sendo que nenhum dos artigos em revisão documentava impacto negativo nos resultados de saúde obtidos nem na segurança dos utentes após a transferência de tarefas de médicos para enfermeiros. Os EPA tendem ainda a aconselhar e fornecer mais informação aos utentes, o que por norma se traduz num aumento da satisfação.

No que concerne aos custos, os autores encontraram evidência que referia que o impacto da PAE é negligenciável em virtude da diferença salarial entre médicos e enfermeiros ser suplantada por consultas mais longas, maior requisição de meios complementares de diagnóstico e taxas de remarcação de consultas e referenciação para outros profissionais superiores. Simultaneamente, os autores também se depararam com evidência que apontava para reduções de custos decorrentes de diminuição das taxas de reinternamento e das demoras médias de internamento em doentes acompanhados por EPA, e com estudos que sugeriam que poderiam obter-se ganhos de eficiência se os médicos se focassem em problemas de saúde de natureza mais complexa e com um elevado grau de incerteza quanto ao diagnóstico ou tratamento, dado que a implementação de PAE permitira libertar os médicos para a realização de funções mais complexas (Delamair *et al.*, 2010).

De acordo com uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) realizada por Newhouse *et al.* (2011), que pretendia comparar os *outcomes* em saúde dos utentes acompanhados por EPA com os dos demais profissionais de saúde, os resultados obtidos pelos utentes acompanhados por EPA em colaboração com médicos são semelhantes e regularmente melhores dos que prestados apenas por médicos.

Os autores, que focaram a sua RSL nos resultados alcançados pelos utentes dos *nurse practitioners* (NP), *certified nurse-midwives* (CNM), *clinical nurse specialist* (CNS) e Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNA), entre 1990 e 2008 nos EUA concluíram, comparando os resultados alcançados por médicos e NPs, que os doentes

acompanhados, quer por uns quer por outros, apresentavam níveis equivalentes de: satisfação, auto percepção de saúde, *status* funcional, controlo de glucose no sangue, controlo de HTA, taxas de utilização dos serviços de urgência hospitalares, taxas de internamento hospitalar, demora média de internamento e taxas de mortalidade (Newhouse *et al.*, 2011).

A comparação de resultados entre médicos e CNM demonstrava que estes últimos apresentavam menores taxas de cesarianas, índices de APGAR em recém-nascidos semelhantes, taxas inferiores de recurso a analgesia epidural, nº de horas de parturientes em trabalho de parto semelhantes, taxas de indução de trabalho de parto em grávidas equivalentes ou inferiores, taxas mais baixas de episiotomias, taxas de recém-nascidos de baixo peso semelhantes, taxas inferiores de partos vaginais distócicos (isto é, com recurso a fórceps e/ou ventosa), taxas inferiores de recurso a analgesia durante o trabalho de parto, taxas inferiores de laceração do períneo, taxas mais elevadas de partos vaginais pós cesariana, taxas de admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais menores ou equivalentes, taxas mais elevadas de parturientes em amamentação. Já os resultados alcançados pelos CNS evidenciavam níveis de satisfação de utentes equivalentes, demoras de internamento semelhantes ou inferiores, menores custos e baixa taxa de complicações associados à prestação de cuidados, comparativamente a outros PS (Newhouse *et al.*, 2011).

No que concerne os CRNAs os autores concluíram que a evidência disponível é escassa e de baixa qualidade, sugerindo taxas de complicações e de mortalidade equivalentes às obtidas pelos médicos. Os autores concluíram que os EPA prestam cuidados de qualidade a uma vasta população, numa variedade de contextos, promovendo assim a acessibilidade (Newhouse *et al.*, 2011).

Casey *et al.* (2017) também realizaram uma revisão sistemática rápida, com síntese narrativa da literatura, sobre os resultados e o impacto da prática especializada e avançada de enfermagem e obstetrícia na qualidade dos cuidados, custo e promoção da acessibilidade aos serviços e concluíram que apesar da evidência existente demonstrar que o recurso a EPA, no âmbito dos CSP, permite melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde e diminuir os custos, os EPA continuam a ser, imcompreensivelmente, subutilizados pelos sistemas de saúde. A literatura revista sugere a integração do EPA nas organizações para promover a qualidade, conter os custos e melhorar a acessibilidade, afirmando que modelos de prestação de cuidados que contemplem ou sejam liderados por

EPA podem transferir o fardo e o ônus dos consultores, libertando-os para cuidarem de doentes com necessidades mais complexas. As autoras ressaltam, contudo, que estes resultados não são facilmente extrapoláveis por se basearem em pequenos estudos de caso de serviços geridos por enfermeiros de várias especialidades e por não permitirem atribuir os resultados especificamente aos EPA, visto as intervenções ocorrerem em contexto de trabalho de equipa. As autoras sugerem, portanto, o desenvolvimento de indicadores de impacto específicos que permitam demonstrar de forma sucinta os processos e os resultados da PAE para os pacientes, a profissão e a organização.

Outra RSL, levada a cabo por Laurant *et al.* (2018), que tinha como objetivo investigar o impacto dos enfermeiros que trabalham como substitutos dos médicos em contexto de cuidados primários, obteve resultados semelhantes aos de Harrock *et al.* (2002), Buchan e Calman (2004), Delamaire *et al.* (2010) e Newhouse *et al.* (2011), tendo os autores concluído que, para determinados episódios de urgência e na gestão de doenças crónicas, EPA, como sejam os NP, prestam cuidados e obtêm resultados de saúde iguais, ou possivelmente melhores, do que os médicos. Embora os doentes consultados por enfermeiros apresentem níveis de satisfação mais elevados, as consultas realizadas são, por norma mais frequentes (em maior nº) e demoradas comparativamente às dos médicos. O impacto da PAE nos processos e nos custos são incertos e não foi possível identificar o nível de educação em enfermagem que potencia os melhores resultados quando da substituição de médicos por enfermeiros.

Woo *et al.* (2017), que se propuseram apresentar, avaliar criticamente e sintetizar evidência disponível sobre o impacto PAE na qualidade do cuidado, resultados clínicos, satisfação do paciente e custo em situações de emergência, concluíram que o envolvimento de EPA em emergência e cuidados críticos diminui o tempo de internamento, o tempo de espera para consulta/tratamento, a mortalidade, aumenta os níveis de satisfação dos pacientes e promove a contenção de custos.

Muito embora a evidência seja premissória quanto às mais-valias decorrentes da implementação da PAE, são várias as limitações, de contexto e metodológicas, apontadas aos estudos realizados, e que inviabilizam a generalização dos resultados alcançados e das conclusões retiradas.

As limitações de contexto frequentemente referidas prendem-se com: o viés resultante das diferentes características dos sistemas de saúde, a variabilidade na definição de

indicadores como sejam o nº e combinação de profissionais que compõem as equipas multiprofissionais, a dificuldade em atribuir um resultado de saúde a um único profissional, a ambiguidade e dessemelhanças na nomenclatura utilizada (nurse practitioner, advanced practice nurse, etc.) e funções/ papéis desempenhados pelos EPA (Buchan *et al.*, 2004; Laurant *et al.*, 2018); a variabilidade na sensibilidade dos indicadores de resultados conforme a área específica da prestação de cuidados (Buchan e Calman, 2004); a escassez, baixa fiabilidades e/ou indisponibilidade de dados para realizar comparações robustas sobre custos dos cuidados (Horrocks *et al.*, 2002); a 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).

No que concerne as limitações metodológicas as mais apontadas prendem-se com: fragilidades no desenho de investigação; inclusão de estudos por vezes obsoletos ou restritos a determinados contextos de prestação de cuidados de saúde (Laurent *et al.* 2018); selecção não aleatória dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas da literatura; ausência/inconsistência de evidência relativa aos resultados da substituição de médicos por enfermeiros em termos de custo-efetividade; a não integração de fatores organizacionais e/ou financeiros que podem advir da introdução da PAE e que podem afetar a custo-efetividade da prestação de serviços de saúde (Sibbald *et al.*, 2004; Delamaire *et al.*, 2010).

Não obstante estas limitações parece ser consensual que, sob determinadas circunstâncias, enfermeiros de PAE, devidamente treinados e qualificados, podem prestar assistência, pelo menos, equivalente à dos médicos, isto é, efetiva e de elevada qualidade, promover e melhorar a acessabilidade aos serviços de saúde, reduzir os tempos de espera e induzir a eficiência.

Prática Avançada de Enfermagem em Portugal

Em Portugal, múltiplos *stakeholders* têm defendido a revisão do âmbito de ação da prática profissional dos enfermeiros, alegando que uma revisão do skill mix entre médicos e enfermeiros, mediante expansão dos papéis de enfermagem e transferência de certas tarefas de médicos para enfermeiros, pode ser uma maneira eficiente e econômica de lidar com os desafios demográficos e as restrições que o SNS enfrenta (Dussault *et al.*, 2010; ERS, 2011, 2014; Buchan *et al.*, 2013; Temido *et al.*, 2014).

O assunto é no entanto controverso, parecendo existir, por parte da opinião pública e de

alguns stakeholders, incertezas relativamente à abrangência e âmbito de ação da PAE e possíveis consequências decorrentes da implementação da mesma, o que resulta em relutância face à expansão da prática profissional dos enfermeiros.

Contextualização:

Conforme verificámos pela experiência internacional, a configuração da mão-de-obra e a combinação de competências em saúde são, por norma, um produto da história, do preconceito e da cultura (Payne e Keep, 2003). Assim sendo, também a posição face à implementação e desempenho de PAE é fortemente influenciada pelas crenças, valores e imagem que a sociedade cívil e os profissionais têm da enfermagem.

A história da Enfermagem em Portugal é relativamente recente, tendo a enfermagem moderna surgido em contexto de resposta a uma necessidade médica de assistentes operacionais clinicamente melhor qualificadas (Nunes, 2003).

Quando em 1860, surge a enfermagem moderna, com Florence Nightingale, a enfermagem portuguesa era praticada por um grupo de profissionais indiferenciados e religiosas, em asilos e hospitais, sendo que o 1º curso para formação de enfermeiros apenas foi criado em 1881 nos Hospitais Universitários de Coimbra. Em 1950 foi aprovado o regulamento das escolas de enfermagem que estabelecia uma duração de 3 anos para o curso de enfermagem. Por essa altura a taxa de abandono do curso era elevada (aproximadamente 75%) devido à falta de reconhecimento social da profissão e aos baixos salários. O final da década de 70 trouxe a valorização social e financeira dos enfermeiros, e consagrou a autonomia técnica e administrativa com a direção das escolas entregue a enfermeiros, sendo que em 1981 foi publicado o Decreto-lei 305/81, diploma da Carreira de Enfermagem que instituiu uma carreira única para todos os enfermeiros.

Em 1998 foi publicado em Diário da República o Decreto-lei nº 104/98, diploma que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros, a associação profissional de direito público responsável pela regulamentação e fiscalização do exercício profissional. Em 1999 a formação pré graduada em enfermagem passou a ser assegurada pelo curso de licenciatura em Enfermagem, com duração de 4 anos, que garantiu um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem (OE, 2008).

Actualmente a OE reconhece e emite dois títulos profissionais diferentes, o de enfermeiro e o de enfermeiro especialista, reconhecendo ao primeiro competência científica, técnica

e humana para prestar cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, família e comunidade, e aos segundos competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, também cuidados especializados numa área clínica específica (Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica) (OE, 2008). Recentemente a OE reconheceu novas áreas de especialização em Enfermagem: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, Enfermagem de Saúde Familiar, e Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Regulamento n.º 168/2011 de 08 de Março de 2011 publicado em Diário da República).

O título de enfermeiro especialista é conferido pela OE aos profissionais que, simultaneamente, possuem uma licenciatura em Enfermagem, experiência profissional superior a 2 anos, e que concluíram um Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem (CPLE). A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, e incluem a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República).

Verifica-se portanto, que estes profissionais possuem qualificações e competência que se coadunam com as que são definidas pelo ICN para a PAE.

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento exponencial no número de enfermeiros pós graduados, sendo que os enfermeiros especialistas representam já cerca de 26% do número total de enfermeiros ativos (OE, 2018, Fronteira *et. al.*, 2020).

Apesar da crescente diferenciação profissional a que se tem vindo a assistir na profissão de enfermagem, a divisão do trabalho entre médicos e enfermeiros permanece inalterada, independentemente dos esforços empreendidos por representantes legais, como sejam a Ordem e os sindicatos. Não obstante, o reconhecimento de que os enfermeiros, sobretudo especialistas, possuem conhecimentos e competências que permitem realizar atividades mais complexas de modo autónomo, tais como gerir utentes com doença crónica estável,

acompanhar gravidez sem complicações, prescrever alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica, sem qualquer risco para o utentes, as atividades formalmente realizadas pelos enfermeiros sofreram poucas ou nenhuma alterações (Fronteira *et al.*,2020).

Neste contexto, múltiplos intervenientes têm advogado a expansão do âmbito de ação da prática profissional dos enfermeiros (Barros, 2011; Buchan *et al.*,2013; Temido e Dussault, 2014; ERS, 2011, 2014) que representam, atualmente, cerca de um terço do total dos trabalhadores do SNS (MS, 2019), alegando que “ *a actual composição da força de trabalho em saúde revela uma combinação ineficiente dos papéis de médicos e de enfermeiros (...) e que uma revisão do skill mix, ... permitiria uma redução dos custos da prestação de cuidados*” (ERS, 2014, p. 50) e lidar de (...) *maneira eficiente e econômica com os desafios demográficos (...) permitindo melhorar o acesso e a satisfação de utentes e profissionais ...*” (OMS, 2010, p. 51), *já que existem actos básicos, actualmente praticados por médicos, que podem ser praticados por outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, sem que haja prejuízos no que concerne a efectividade e a qualidade dos cuidados prestados, podendo inclusive haver ganhos na acessibilidade já que os clínicos teriam uma maior disponibilidade para atender doentes que, efectivamente, necessitam de cuidados exclusivamente médicos* (ERS, 2011, p. 110).

Importa, portanto, perceber porque é que em Portugal“ (...) *as funções dos enfermeiros têm sido relativamente pouco alargadas, em comparação com outros países da Europa Ocidental (...) [e reflectir] sobre o alargamento do papel dos enfermeiros (...) [já que] (...) a evidência internacional sugere que, em circunstâncias específicas e com a formação adequada, pode haver uma mudança de tarefas, melhorando o acesso e a satisfação do utente sem perda de qualidade e da segurança ...*” (FCG, 2014, p.162).

Definição de PAE em Portugal

Em Portugal o termo PAE é ainda relativamente desconhecido, e parece não reunir consenso entre *stakeholders*. Tal como na comunidade internacional, prevalecem termos que são rotineiramente utilizados de forma intercambiável e que geram algum confundimento, tais como enfermagem avançada, enfermagem de prática avançada, prática avançada, especialista em enfermagem, perito.

Entre a comunidade de enfermagem a designação PAE é alvo de discussão, sendo que uma questão emerge como fracturante, a visão dicotómica que permanece na

enfermagem: uma perspectiva mais biomédica ou uma abordagem mais humanista (Silva, 2007; Almeida e Coelho, 2010; Amendoeira 2012; Queirós, 2017). Enquanto uns enfermeiros encaram a PAE como um progresso na profissão de enfermagem, considerando-a incontornável, outros consideram-na inoportuna e encaram-na como um retrocesso por acharem que acarreta mais medicina na enfermagem. Nas palavras de Queirós (2017) *“Poderemos ter uma enfermagem de prática avançada biomédica e nesse sentido dificilmente estaremos a falar de uma enfermagem disciplinarmente (cientificamente) assumida, com campo de ação próprio e autonomia na sua prática profissional. Ou poderemos ainda ter uma enfermagem de prática avançada, com o avanço a verificar-se naquilo que seja as suas intervenções autónomas, relacionadas com o campo disciplinar, de saberes próprios e de ação específica. A dicotomia pode simplificar-se na afirmação de se optar por “mais medicina na enfermagem ou mais enfermagem na enfermagem” ao invés de avanços na enfermagem”* (Queirós, 2017, p. 2).

A bibliografia encontrada distingue ainda prática de enfermagem avançada, de prática avançada de enfermagem, afirmando que enquanto a primeira *“pretende acrescentar enfermagem à enfermagem, apresentando-se como uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática, assente em pilares que devem ser transversais a qualquer enfermagem no mundo: conhecimento disciplinar, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança; de forma a expandir o conhecimento disciplinar e aplica-lo na prática demonstrando, através de indicadores fiáveis, resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem”*, a segunda *“pretende acrescentar medicina à enfermagem, apresentando-se como um retrocesso na história, reinventando um trajecto de conquista progressiva de competências técnicas à medicina, assentes em conhecimento médico, o que por si só representa uma vitória conclusiva de um modelo em uso, carente apenas de uma única disciplina (medicina), que agrega em si um conjunto diversificado de profissões que se assumem como técnicas”* (Almeida e Coelho, 2010, p. 15-16).

No contexto Português o desempenho de funções avançadas surge, reiteradamente, associada ao conceito de perito e à figura do enfermeiro especialista (Queirós, 2015; Queirós 2017; Lopes *et al.*, 2018) por se considerar que a aproximação ao conceito de perito ajuda a situar a enfermagem de prática avançada num contexto disciplinar correspondendo a *“mais enfermagem na enfermagem”*.

A autonomia profissional e o reconhecimento social e inter pares são frequentemente

evocados como condições *sine qua non* para a prática avançada (Peixoto e Peixoto, 2013)

Regulação da PAE em Portugal

A prática de enfermagem em Portugal é regulada pela OE, encontrando-se o exercício de enfermagem configurado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE - (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril), que clarifica conceitos, intervenções e áreas de actuação, assim como os direitos e deveres dos enfermeiros. As disposições consagradas no REPE são vinculativas para todas as instituições e abrangem todos os enfermeiros, independentemente do local e vínculo laboral.

As competências dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas encontram-se definidas no Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais -, e no Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, respectivamente.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 as competências comuns dos EE, “*envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem*”. Os domínios das competências comuns do EE são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal estabelece que os EE desenvolvem uma prática profissional na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantem práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade visam o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e a garantia de um ambiente terapêutico e seguro. As competências do domínio da gestão dos cuidados pressupõe a gestão de cuidados de enfermagem e a otimização da resposta da equipa, bem como a sua articulação com a equipa de saúde, a adaptação da liderança e gestão dos

recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais englobam o desenvolvimento e a assertividade, bem como uma *praxis* clínica especializada baseada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Parecem, portanto, coexistir pontos comuns entre o que são as competências, habilitações, natureza da prática e até alguns mecanismos de regulação da prática especializada de enfermagem em Portugal e a PAE, conforme definida no panorama internacional. Contudo, uma questão que tem emergido, repetidamente, e permanece como fracturante, no que diz respeito à implementação de PAE em Portugal, é a possibilidade de prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica por enfermeiros (Jornal Negócios de 31 Março 2014; Público 15 de Janeiro, 2015; Barreira, 2019).

Muito embora escasseie, em Portugal, regulação que viabilize e legitime a prescrição por enfermeiros, constata-se que existem alguns documentos no ordenamento jurídico nacional que aprovam algumas formas de prescrição por enfermeiros, veja-se a título de exemplo, a Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, que determina no seu artigo 39.º, ponto 2, alínea b), que o Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) estão habilitados a: a) *Diagnosticar a gravidez, vigiar a gravidez normal e efectuar os exames necessários à vigilância da evolução da gravidez normal* e c) *Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico mais precoce possível da gravidez de risco*. É de salientar que, embora esteja prevista a prescrição, a comparticipação de exames necessários à vigilância da evolução da gravidez de baixo risco prescritos por EESMO não está prevista, o que resulta em prejuízo dos utentes. A prescrição de terapêutica farmacológica em situação de emergência com vista à recuperação e manutenção das funções vitais também está contemplada no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, de acordo com o REPE.

Assim sendo, verifica-se que existe espaço normativo para uma utilização mais efetiva das competências dos enfermeiros, suscetível de contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde português. (Temido e Dussault, 2014).

Metodologias de Financiamento e Remuneração

Em Portugal o financiamento do sistema de saúde assenta num mix de fontes de financiamento público e privado, tal como acontece em vários países europeus. Grande parte (57,3%) da despesa em saúde é financiada através do SNS e Serviços Regionais de

Saúde (SRS), as despesas diretas das famílias têm um peso de 27,7%, os subsistemas de saúde e seguros privados de saúde representam 5,3% e 4,6% do financiamento do sistema de saúde, respectivamente, e 3,9% do financiamento é angariado através de outras unidades da administração pública (CNS, 2017). Os RHS consomem mais de 21% dos custos do SNS, atingindo no caso dos hospitais valores que rondam os 50% do financiamento hospitalar total (CNS, 2017).

A enfermagem representa o grupo de RHS mais numeroso em Portugal, sendo que cerca de 62% exerce funções no serviço público de saúde (hospitais, centros de saúde, etc.) e aproximadamente 5,4% no serviço privado (clínicas, estabelecimentos privados de saúde, institutos particulares de solidariedade social, lares e exercício liberal (1,6%) (Correia *et al.*, 2018). A forma mais de comum de remuneração dos enfermeiros, tanto no sector público como no sector privado, é assalariada, coexistindo por vezes mecanismos de incentivo à produção que implicam pagamentos adicionais quando são atingidas metas previamente definidas e contractualizadas (caso das Unidades de Saúde Familiares) por acto praticado ou paciente atendido (caso de Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia). O exercício liberal compreende amiúde o pagamento por acto praticado.

A carreira de Enfermagem foi estabelecida em 1981, através do Decreto-lei 305/81, e foi recentemente revista, em 2019, contempla agora 3 categorias: enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor, sendo o salário base de um enfermeiro de 1.201,48 euros mensais, o de enfermeiro especialista de 1.407,45 e o de enfermeiro gestor 2.334,30 (valores antes de dedução de impostos). O número de posições remuneratórias disponíveis em cada escalão está sujeito a cotas, pelo que concluir uma especialidade não implica auferir salário de especialista, ainda que o enfermeiro exerça a sua especialidade no local de trabalho. Também persistem iniquidades na remuneração destes profissionais a quem por vezes as instituições privadas, especialmente no início de carreira, não pagam o salário mínimo definido no Contrato coletivo entre a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada e o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, conforme publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 40, 29/10/2020 (DGERT, 2020). A progressão na carreira é realizada com base num sistema de atribuição de pontos e sujeita a cotas, o que limita o número de enfermeiros que pode efectivamente progredir na carreira.

Resultados da Prática Especializada em Portugal

Muito embora se admita que a PAE não se encontra implementada ou disseminada em

Portugal, nos mesmos termos e modalidades que nos países anglo-saxónicos sob escrutínio, percebemos ao longo da revisão da literatura e da contextualização nacional realizada, que os atributos e competências dos EE se coadunam, em parte, com a PAE exercida pelos *Clinical Nurse Specialist* (CNS) nos EUA, Canadá e RU, isto é, uma prática que sem extravasar do domínio tradicional da Enfermagem, através do desempenho de funções por norma associadas a médicos, se especializa numa determinada área clínica, adquirindo competências e conhecimentos adicionais, tendo em vista a prestação de cuidados mais específicos (Lopes *et al.*, 2018).

Assim sendo, procurou-se perceber quais as mais-valias resultantes desta prática avançada, ainda que mais limitada, em Portugal e constatou-se que “*não existem trabalhos que avaliem o impacto de EEs no sistema de saúde português, público ou privado, e os trabalhos que procuram estimar o seu impacto potencial, ainda que como mero exercício conceptual, escasseiam ...*” (Lopes *et al.*, 2018, p. 20).

O único estudo encontrado foi efetivamente o de Lopes *et al.* (2018) que se propôs-se realizar uma análise económica da especialização em Enfermagem, partindo dos *numerus clausus* de estudantes de enfermagem, vagas disponíveis para especialistas e de contratações pelo SNS, considerando os valores registados em 2016, e focando-se apenas nos ganhos monetários que decorrem da diminuição dos internamentos potenciada pela intervenção de EE, concluiu que “*seria possível reduzir até 5% o número de reinternamentos ... o que permitiria ... economizar 93 M€/ano*” (Lopes *et al.*, 2018, p.55).

Os autores concluíram ainda que, pese embora a existência estatutária destas especialidades e a formação clínica e académica que lhes confere titularização, o sistema de saúde português, e em particular o Serviço Nacional de Saúde, não tem, actualmente, implementada uma estrutura formal para o reconhecimento e aproveitamento plenos desta prática diferenciada (Lopes *et al.*, 2018), o que, por si só, é gerador de ineficiência.

Embora não se debruce sobre o impacto da prática especializada em Portugal, um exercício levado a cabo por Barros (2011) concluiu que existe uma “*margem de substituição*” relevante entre o trabalho do médico e do enfermeiro, em Portugal, sendo esta mais relevante nos Cuidados de Saúde Primários. De acordo com o autor, o aumento do número de enfermeiros e a redução do número de médicos, para o mesmo nível de produção, promoveria a eficiência, de acordo com a prática atual e os dados disponíveis.

DISCUSSÃO:

Existem muitas designações para a Prática Avançada de Enfermagem e para os enfermeiros que a ela se dedicam, sendo que frequentemente se atribuem títulos distintos a práticas que compreendem competências, papéis, habilitações e funções semelhantes.

Não obstante as comunalidades definidas pelo ICN para a PAE, e pese embora a salvaguarda que a regulação da prática deverá ser específica de cada país, é necessário maior consenso internacional relativamente à nomenclatura, qualificações educacionais, âmbito da prática, autoridade prescritiva, licenciamento e regulamentação que defenda, legitimize e promova o reconhecimento e idoneidade da PAE num grande número de países que se debate com a implementação e desenvolvimento da mesma, já que mesmo em países, como seja por ex. o RU, onde a PAE é uma realidade desde 1970 (Sheer e Wong, 2008), ainda subsistem questões pendentes relativamente à regulação da PAE (king *et al.*, 2017).

Experiências em diferentes países mostram que a PAE surgiu em contexto de escassez e má distribuição de recursos humanos, nomeadamente médicos, e em resposta à escalada de custos, tendo em vista a melhoria da acessibilidade a cuidados de saúde de grupos socialmente desfavorecidos, e vários estudos têm demonstrado as mais-valias decorrentes da PAE, não só na garantia do acesso a cuidados de saúde mas também na contenção de custos, na satisfação de utentes e profissionais e na promoção da qualidade na prestação de cuidados (Sheer e Wong, 2008). Contudo, as fragilidades metodológicas apontadas aos estudos em questão e a difícil generalização de resultados a outros contextos, sociais ou de trabalho, que não aqueles onde eles foram realizados, inviabilizam frequentemente a adopção das recomendações, o que resulta, amiúde, em limitações à PAE. Importa, portanto, desenvolver mais estudos locais, que contemplem as realidades dos países que pretendem adotar a PAE, com indicadores sensíveis aos resultados potenciados pela PAE, que reforcem a utilidade e vantagens da PAE em contexto que não de escassez de outros profissionais ou segregação socio espacial.

As barreiras à implementação e desenvolvimento da PAE são transversais a nível internacional e sobejamente conhecidas. No entanto umas parecem mais fáceis de ultrapassar do que outras. Conquanto a indisponibilidade de profissionais possa parecer, por vezes, intransponível, permanecem, amiúde, limitações ao número de vagas disponível no acesso à formação para determinadas profissões em alguns países, não por

incapacidade de estruturas, por exemplo, mas porque interesses e *lobbies* profissionais estabelecem *números clausus* que visam limitar a oferta no mercado. Embora se reconheça a importância da adoção de estratégias que potenciem a colaboração e reduzam a oposição, acredita-se que uma forte liderança, e alguma coragem política, podem contribuir para a priorização dos interesses das populações em detrimento dos interesses dos profissionais, se for esse o caso. Desenvolver mecanismos de financiamento dos sistemas de saúde e de remuneração dos profissionais que potenciem o trabalho em equipa pode ser outra estratégia para promover a aceitação e disseminação da PAE, tal como conceber experiências piloto que apreendam o impacto da PAE nos países e/ou contextos em que se pretende a adoção da mesma.

PAE em Portugal - Um ponto de situação:

Desde a crise financeira de 2010 – 2014, que levou ao resgate financeiro de Portugal pelo Banco Central Europeu (BCE) e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) em parceria com a Comissão Europeia, a então designada TROIKA, que se assistiu à implementação de uma política de austeridade que resultou em cortes orçamentais no sector da saúde, o que veio adensar a discussão em torno da promoção da eficiência e melhoria do desempenho do sistema de saúde e do SNS, e, conseqüentemente, da optimização dos recursos humanos em saúde.

A impreteribilidade de revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros e o contributo do alargamento e expansão das funções dos enfermeiros tendo em vista a sustentabilidade técnica e financeira do SNS ganhou assim *momentum* e surgiram vários relatórios e documentos técnicos que defendiam a delegação de algumas tarefas médicas para enfermeiros, bem como a expansão do campo profissional da enfermagem e atribuição de maior autonomia profissional aos enfermeiros (OMS, 2010; ERS, 2011, 2014; FCG, 2014).

Por essa altura começaram a surgir os primeiros estudos que abordavam a questão (Barros, 2011; Buchan *et al.*, 2013, Temido, 2014; Temido e Dussault, 2014; Temido e Dussault 2015; Temido *et al.*, 2015) mas, embora a crise financeira parecesse ter aberto uma janela de oportunidade para a discussão do tema, as posições adotadas pelos diferentes *stakeholders* não era consensual, existindo, mesmo, posições extremas, conforme documentado por Buchan *et al.* (2013), sendo vários os motivos apontados para as justificar.

Um dos principais argumentos evocados prende-se com a aparente disponibilidade de médicos e relativa indisponibilidade de enfermeiros, já que o país apresenta um rácio enfermeiro/1.000 habitantes (6.7 vs 8.8) e enfermeiro/médico (1.3 vs 2.7) relativamente baixo comparativamente aos demais países da OCDE (OCDE, 2019), o que injustificaria a delegação de tarefas a uma classe que, desde logo, apresenta um número insuficiente de efectivos. Contudo estes rácios têm vindo a aproximar-se dos da média Europeia, sendo que a literatura aponta ainda para a possibilidade de “sobrenotificação” no número de médicos e “sub notificação” no número de enfermeiros em Portugal, essencialmente devido às diferenças metodológicas que existem a nível internacional no cálculo destes números (OCDE, 2019). É ainda curioso notar que o diagnóstico de aparente indisponibilidade de enfermeiros surge em contexto de desemprego em enfermagem e taxas de emigração sem precedentes dos enfermeiros portugueses conforme documentado por Pereira (2015).

Também o facto da introdução de PAE ter surgido historicamente em contexto de escassez de médicos, o que parece não se verificar em contexto nacional, tem sido utilizado para argumentar contra a expansão do exercício da enfermagem. Contudo, a OCDE (2019) acredita existir uma sobrestimação do rácio médico/1000 habitantes em cerca de 30%. Não fosse esse o caso, permaneceriam as iniquidades e assimetrias na distribuição de médicos ao longo do território nacional, o envelhecimento da classe médica, e consequente escassez de clínicos gerais, as longas listas de espera para consultas de especialidade e cirurgias (Grupo Técnico Independente, 2018; ERS, 2019; Schreck e Amorim, 2019; Correia *et al.*, 2018; Santana *et al.*, 2014) para contrariar este argumento e apoiar a implementação de PAE.

No que concerne os interesses dos profissionais constata-se, como nos demais países, uma forte oposição médica ao alargamento e expansão das funções dos enfermeiros. Tal pode ser, em parte, explicado pelo desconhecimento ou por uma conceptualização errada da PAE, mas também pela forte ênfase na substituição de médicos por enfermeiros atribuída à PAE, e consequentemente interpretação como uma ameaça ao seu território profissional, ou até pela falta de confiança gerada pela percepção de formação insuficiente dos enfermeiros, conforme observado por Temido *et al.* (2015).

De salientar que, entre a classe de enfermagem o exercício de PAE nem sempre reúne consenso, sendo que alguns enfermeiros se posicionam contra uma política que compreenda a delegação de tarefas médicas a enfermeiros, desde logo por a considerarem

um paradoxo na profissão de enfermagem e uma forma de se introduzir “mais medicina na enfermagem”, mas também por a verem como uma estratégia desonesta e imoral que visa atribuir mais trabalho e responsabilidade sem compensação monetária aos enfermeiros (Temido *et al.* 2015).

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento nos índices de rotatividade externa em enfermagem no SNS, sendo que vários fatores têm contribuído para este fenómeno, nomeadamente a baixa remuneração e benefícios, a ausência de progressão na carreira, a desvalorização das competências profissionais e o aumento da carga horária e laboral (Poeira *et al.*, 2019), pelo que a adopção de uma estratégia de retenção que compreenda a implementação de PAE poderia contribuir para a retenção dos enfermeiros e combate à emigração e abandono profissional, já que se acredita que parte da resposta passa pela adopção de medidas que valorizem os enfermeiros e contribuam para a sua motivação e satisfação profissional.

Embora a PAE, em Portugal, tenha sido advogada essencialmente em contexto de contenção de custos, escasseiam estudos que analisem o eventual impacto de uma prática expandida de enfermagem em território nacional, e os que existem baseiam-se em projecções ou limitam-se a documentar resultados da prática internacional pelo que é imperativo desenvolver análises de custo benefício e custo efetividade, análogas às realizadas por Barros (2011) e Lopes *et al.* (2018), que fundamentem estes argumentos.

Apesar da expansão do exercício profissional de enfermagem estar em discussão, a evidência disponível parece indicar uma clara subutilização de um recurso actualmente disponível, e cujos atributos profissionais em tudo se assemelham aos definidos pelo ICN para o desempenho de PAE, os enfermeiros especialistas (Lopes *et al.* 2018; Silva *et al.*, 2018). É possível, portanto, que apesar dos constrangimentos e limitações no exercício da PAE, a mesma já se encontre, em parte, implementada no contexto de prestação de cuidados de saúde Português.

CONCLUSÕES:

As inconsistências existentes na nomenclatura, regulação e requisitos educacionais da PAE a nível internacional parecem fragilizar a prática, dificultar e limitar, em parte, a sua implementação e disseminação. Urge uma maior consensualização na conceptualização de PAE a nível internacional tendo em vista a globalização da mesma, já que os resultados reportados pelos países onde a PAE está implementada evidenciam um impacto positivo

em termos de acessibilidade, eficiência, qualidade e satisfação. A implementação de PAE em Portugal parece estar dependente, essencialmente, da obtenção de consenso entre stakeholders e, embora exista alguma evidência que a apoie, são necessários mais estudos que permitam aferir o impacto social e financeiro que a PAE poderia ter em território nacional. Importa, ainda, aplicar a legislação em vigor que já permite o exercício de uma prática de enfermagem mais expandida, bem como desenvolver regulação adicional e criar incentivos, nomeadamente através de metodologias de financiamento das unidades prestadoras de cuidados e de remuneração aos profissionais de saúde, que viabilizem e promovam uma prática mais expandida da enfermagem no seio da equipa multidisciplinar. Importa ainda documentar e reconhecer que, parte das funções atribuídas e desempenhadas pelos EE em Portugal parecem, à luz da conceptualização internacional, inserir-se no âmbito da PAE.

3.2 Estudo II – Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade

As políticas de Recursos Humanos em Saúde (RHS) em Portugal têm estado sob escrutínio, sendo que um número crescente de *stakeholders* tem advogado uma revisão das competências e distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros, tendo em vista a implementação de Prática Avançada de Enfermagem (PAE), para fazer face aos desafios com que o sistema de saúde português se depara, e que em tudo se assemelha ao dos seus congéneres internacionais. Contudo a implementação de políticas de RHS desta natureza está dependente da aceitabilidade social dos diferentes stakeholders.

De acordo com Buchan *et al.* (2003) as políticas de RHS, adotadas ou a adotar, derivam sempre de um conjunto de valores que condicionam a sua aceitabilidade social, legitimidade e, conseqüentemente, a sua probabilidade de sucesso.

A aceitabilidade social de determinada política de saúde deve ser considerada, sempre e quando do desenho, avaliação e implementação de uma intervenção em saúde (Sekhon *et al.*, 2017)

A disponibilidade dos profissionais seja para aceitar ou delegar parte das suas actividades, funções ou responsabilidades é um importante factor no sucesso de implementação de uma política de RHS que envolve a revisão da distribuição de tarefas entre PS, na medida em que as alterações a serem introduzidas por uma reforma política desta natureza podem defraudar expectativas, preferências, crenças ou valores das partes interessadas (Buchan e Calman, 2004)

Assim sendo, é indispensável conhecer a posição dos diferentes stakeholders para garantir o sucesso da política a ser implementada, até porque é possível aumentar a aceitabilidade social das reformas adaptando as políticas ao ambiente social e cultural, ou tentando mudá-las por meio de estratégias de educação ou marketing social, ou até combinando as duas abordagens (Buchan e Calman, 2005)

A expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal, nomeadamente através do desenvolvimento e implementação de PAE, parece não reunir consenso entre stakeholders (Buchan *et al.*, 2013), contudo constatou-se a existência de espaço normativo para um alargamento do campo de exercício da profissão de enfermagem em Portugal (Temido e Dussault, 2014), nomeadamente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (Temido *et al.*, 2015).

Conhecida e documentada que está a posição de políticos da saúde (Buchan *et al.*, 2013), da classe médica (Borja-Santos, 2015, Campos, 2015; Campos, 2017; Fronteira *et al.*, 2020) e de vários consultores (ERS, 2011, 2014; OMS, 2010; FCG; 2014, OPSS, 2018) sobre esta matéria, importa compreender a posição daqueles que serão, a seguir aos utentes, os principais (des) interessados no desenvolvimento, adopção e implementação de uma política de RHS que compreende uma expansão do seu campo de exercício profissional, os enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas (EE).

O foco nos EE prende-se com o facto destes profissionais de enfermagem serem os que apresentam qualificações mais próximas daquelas definidas pelo *International Council of Nurses* (ICN) para o desempenho de PAE.

De acordo com o ICN “... os Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) são profissionais que “adquiriram conhecimentos especializados, competências de tomada de decisão complexas e proficiência clínica para uma prática mais alargada/expandida, sendo as características da mesma moldadas pelo contexto e/ou país onde este está habilitado para exercer, (sendo) o nível de mestrado recomendado para o exercício da prática.” (ICN, 2018, p.7).

Em Portugal o título de Enfermeiro Especialista é atribuído pela OE aos enfermeiros a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa das áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento 140/2019). As competências destes profissionais, desenvolvidas e certificadas após frequência de um curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem, com duração entre 18 e 24 meses, envolvem as dimensões “... da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem ...” (Regulamento 140/2019, p. 4744).

Assim sendo, considerou-se serem os EE os profissionais na vanguarda da PAE, pelo que conhecer a sua posição face à implementação de uma política que compreende a expansão do seu campo de acção profissional, e a eventual delegação de tarefas e funções até aqui desenvolvidas por outros profissionais, nos pareceu ser de extrema importância.

O presente estudo propôs-se conhecer/ apreender a posição dos enfermeiros especialistas face à implementação de PAE em Portugal bem como determinar a disponibilidades dos

mesmos para o desempenho desta prática através da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE.

MÉTODOS:

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa que compreendeu a aplicação de um questionário, disponibilizado *online*, via *website* da Ordem dos Enfermeiros, entre Maio e Setembro de 2017, a uma amostra de EE a exercer funções em Portugal.

População e Amostra:

A população em estudo eram os EE, cerca de 16.972 (OE, 2018), sendo que responderam ao questionário 372 EE, o que aponta para uma taxa de resposta de 2,2%. A técnica de amostragem foi não probabilista, do tipo “bola de neve” na medida em que a amostra foi obtida *online* através da divulgação do estudo no site da OE. Para fazer face à não resposta foram ainda enviados *e-mails* a alguns enfermeiros especialistas a divulgar o estudo e a solicitar o reencaminhamento e disseminação do estudo junto dos seus pares, tendo em vista a criação de uma rede de contactos.

Instrumento de Colheita de Dados:

O instrumento de colheitas de dados, desenhado com base numa extensa revisão da literatura e nos objetivos delineados, tendo em mente o grupo alvo, era composto por 12 questões de resposta múltipla, dividido em 4 secções. A primeira secção recolhia informação relativa à caracterização sociodemográfica dos respondentes (idade, género, anos de prática, categoria profissional, concelho onde exerce funções, especialidade e se a exerce no local de trabalho, grau académico, prática de duplo emprego). A segunda debruçava-se sobre a conceptualização de PAE e procurava apreender a perceção dos EE relativamente a esta prática e aos papéis e funções a serem desempenhadas. A terceira secção pretendia captar a posição dos EE relativamente à pertinência e viabilidade de implementação da PAE em Portugal e a quarta debruçava se sobre a prática atual dos EE em Portugal e procurava apreender até que ponto esta se coaduna com o que a bibliografia internacional define como sendo PAE. Esta secção procurou ainda captar a disponibilidade para o exercício de uma prática mais expandida de enfermagem, considerando as funções definidas pela bibliografia internacional como PAE.

À exceção da primeira secção (caracterização sociodemográfica), o questionário era composto por 5 questões de escolha múltipla e por 3 questões que compreendiam um conjunto de ítems (afirmações) com os quais os respondentes poderiam ou não concordar, de acordo com uma escala de concordância de Likert que variava entre discordo completamente e concordo completamente. A escala adotada permitiu aos inquiridos tomar uma posição neutra, não forçando uma escolha entre uma atitude positiva ou negativa com intuito de capturar as temáticas às quais, hipoteticamente, seria dado menor peso/ relevância, e/ou as temáticas sobre as quais os respondentes tinham relutância em tomar uma posição declarada. No final de cada pergunta fechada existia uma pergunta aberta que permitia aos respondentes acrescentar informação que considerassem pertinente.

Do questionário constava, no início da primeira página, um pequeno texto introdutório com uma breve explicação do estudo e seus objetivos, bem como uma caixa de verificação que assentia o consentimento informado do respondente quando da participação no estudo.

Após aprovação do projeto de investigação pelo Conselho de Ética do IHMT (anexo III) e obtenção de parecer positivo do Gabinete de Formação, Investigação e Desenvolvimento da Ordem dos Enfermeiros, o questionário foi criado na plataforma *Google Forms*, divulgado e disponibilizado via *site* institucional da Ordem dos Enfermeiros.

Antes da disponibilização *online* do questionário solicitou-se a um conjunto de EE com conhecimento teórico e alguma experiência prática no campo, a revisão independente do conteúdo e apresentação do questionário. Estes EE foram convidados a examinar cada pergunta para determinar a adequação, compreensão e relevância do tema para população-alvo. Pequenas alterações foram feitas com base nos seus comentários e sugestões.

Posteriormente, foi realizado um pré teste com 17 EE. Os respondentes foram convidados a preencher o questionário duas vezes, dentro de um intervalo de duas semanas entre o primeiro e o segundo preenchimento. O tempo de preenchimento médio foi de cerca de 20 min e constatou-se consistência nas respostas, não tendo ocorrido problemas ou dúvidas quando do preenchimento.

Análise de Dados

Os dados foram importados e armazenados em programa de Excel a partir da plataforma Google Forms. Após codificação foram exportados do formato .xlsx, e analisados com

recurso ao SPSS versão 26.

A variável dependente em estudo - aceitabilidade de desempenho de PAE no âmbito da especialidade - foi avaliada através de uma única questão “Aceitaria desempenhar funções de Prática Avançada em Enfermagem no âmbito da minha especialidade”, podendo a resposta variar entre -2= Discordo totalmente e 2 = Concordo totalmente.

Para se atingir o objetivo delineado para o estudo e responder à questão: “Qual a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal?” recorreu-se a uma análise descritiva, para relatar os achados decorrentes da aplicação do questionário aos EE.

RESULTADOS:

Caracterização socio demográfica

Responderam ao questionário 372 enfermeiros especialistas de Norte a Sul do país e também das regiões insulares, Açores e Madeira, sendo os concelhos mais representados os de Lisboa (24,2%), Coimbra (3,5%) e Porto (5,6%).

Dos 372 respondentes, 29% (108) eram do sexo masculino e 71% (264) do sexo feminino. Tinham idades compreendidas entre os 26 e os 63 anos (M = 41,1 anos; DP = 7,3), e cerca de 62% tinha dependentes (filhos) a seu cargo.

No que respeita à formação académica cerca de 41% dos respondentes eram exclusivamente especialistas, 43,5% especialistas e mestre³, 6,7% possuíam para além da Especialidade outro tipo de formação que não mestrado ou doutoramento (p. ex. pós graduações), possuindo ainda outras qualificações; 6,5% possuíam para além da especialidade e mestrado outras qualificações, 1,6% dos respondentes eram especialistas doutorados e 0,5% da amostra era simultaneamente doutor, mestre e especialista, possuindo ainda outras qualificações.

³ Nota: Actualmente os enfermeiros que optem pela realização de uma especialização mediante frequência de um curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem podem obter em simultâneo o grau de mestre e de especialista após optar pela inscrição e posterior defesa pública de Dissertação de natureza científica/ Trabalho de Projeto /Relatório do estágio, sendo este um mestrado profissional em detrimento de académico, A forma como foi colocada a pergunta não permite distinguir se o respondente possui mestrado académico, profissional, ou se possui ambos.

Tabela 10. Características sociodemográficas da amostra

	Amostra total (N = 372)	
	n	%
Género		
Masculino	108	29,0
Feminino	264	71,0
Formação académica		
Doutoramento e especialidade	6	1,6
Especialidade	153	41,1
Especialidade e Outro	25	6,7
Doutoramento, Especialidade, Mestrado e Outro	2	0,5
Especialidade e Mestrado	162	43,5
Especialidade e Mestrado e Outro	24	6,5
Nacionalidade		
Portuguesa	368	98,9
Outra	4	1,1
Especialidade		
Médico-Cirurgica	111	29,8
Reabilitação	82	22,0
Comunitária	68	18,3
Saúde Materna e Obstetrícia	46	12,4
Saúde Infantil e Pediátrica	41	11,3
Saúde Mental e Psiquiátrica	23	6,2
	M	DP
Idade	41,11	7,3

A maioria dos respondentes era especialista em enfermagem médico-cirúrgica (29,8%), 22,0% eram especialistas em reabilitação, 18,3% especialistas em enfermagem comunitária, 12,4% especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, 11,0% especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica e 6,2% especialistas em saúde mental e psiquiátrica. O tempo de exercício profissional dos respondentes variou entre 5 e 39 anos (M= 18.5; DP = 8,02)

e cerca de 50,0% dos inquiridos terminou a especialidade há menos de cinco ($M= 7,29$; $DP = 6,05$); 17,0% dos inquiridos exercia funções em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Relativamente ao exercício da especialidade no local de trabalho apurou-se que 32,3% dos respondentes (120) não exerce a sua especialidade no local de trabalho, sendo que os principais motivos se prendiam com: a falta de tempo para o exercício da especialidade; a ausência de remuneração; ausência de regulação profissional; a inadequação dos conteúdos da especialidade com as funções a serem desempenhadas no quotidiano profissional; o exercício de funções de gestão; a escassez de enfermeiros generalistas no local de trabalho e a consequente impreteribilidade de exercício de funções de generalista; o facto de estarem contratados como enfermeiros generalistas e não como especialistas; o desconhecimento por parte das hierarquias das competências adquiridas e consequente impossibilidade de desempenho das mesmas; a ausência de estratégia de gestão de recursos humanos; a desvalorização da especialidade por parte das chefias e superiores hierárquicos institucionais; o não reconhecimento de competências por parte das entidades patronais; a falta de incentivos para a prática da especialidade.

De realçar que grande parte dos motivos apresentados são de natureza organizacional, sendo que, de acordo com os inquiridos, para tal contribui a ausência de uma carreira de enfermagem e a não contratação dos enfermeiros enquanto especialistas. A análise da categoria profissional dos respondentes vem reiterar esta ideia já que apenas 25,0% dos EE que preencheram o formulário possuem a categoria de especialista, sendo que a maioria deles (41,7%) possui a categoria, e consequentemente a remuneração, de enfermeiro generalista. Cerca de 5,0% dos respondentes são chefes, 25,0% dos enfermeiros são graduados e 0,5% são supervisores. Aproximadamente 2,7% dos respondentes possuem outras categorias profissionais, possivelmente por exercerem funções de docência.

O nº de horas semanais trabalhadas por estes profissionais variou entre 21 e 70 horas ($M = 36,6$; $DP = 4,9$), sendo que a maioria (63,7%) trabalhava 35 horas semanais.

No que concerne a prática de duplo emprego, 32,3% (120) dos respondentes afirmaram trabalhar noutra local para além daquele que consideram ser o seu principal local de trabalho.

Conceptualização de PAE

A familiaridade com o termo PAE era elevada entre os respondentes já que 72,6% afirmava já ter ouvido esta designação. Assim, quando confrontados com uma lista com um conjunto de atividades, os EE classificaram e destacaram como sendo PAE as enumeradas na tabela 11.

Tabela 11 – Funções consideradas inerentes à PAE pelos EE

	Amostra total (N = 372)	
	n	%
Contribuição para o desenvolvimento de normas, protocolos e guidelines com base em evidência tendo em vista melhoria da qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados	278	74,7
Desempenho de funções baseadas em conhecimento e evidência científica recentes e atualizados	273	73,4
Prestação de cuidados de acordo com conhecimentos e competências especializados.	271	72,8
Contribuição para a implementação de normas, protocolos e guidelines com base em evidência tendo em vista melhoria da qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados	252	67,7
Participação em trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica	240	64,5
Desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências	239	64,2
Liderança ou participação em projetos de investigação e desenvolvimento	238	64,0
Consultoria entre e interpares no que concerne prática clínica (ex. consultoria entre colegas de diferentes especialidades na prestação de cuidados ao doente)	237	63,7
Tomada de decisão de forma autónoma (por ex. referenciação de doentes entre níveis de cuidados)	234	62,9
Acompanhamento de utentes de forma autónoma (situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.)	231	62,1
Implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências	225	60,5

Consultoria entre e interpares no que concerne intervenções terapêuticas (ex. tratamentos de feridas)	223	59,9
Referenciação de utentes de forma autónoma (nomeadamente em situações específicas, como sejam, por ex. gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.)	217	58,3
Divulgação de resultados de investigação em enfermagem mediante participação em eventos científicos (conferências, congressos, simpósios, etc.)	213	57,3
Divulgação de evidência em enfermagem mediante redação de artigos em publicações de referência na área de competência	212	57,0
Colaboração no desenvolvimento de programas de cuidados de saúde	206	55,4
Consultoria entre e interpares no que concerne gestão de serviços de saúde (ex. gestão de vagas em serviços de saúde, recursos humanos, articulação entre serviços)	196	52,7
Diagnóstico diferencial de forma autónoma (por ex. requisição e interpretação de Meios Complementares de Diagnóstico, identificação de agravamento de estado clínico do utente, etc.)	196	52,7
Otimização da continuidade de cuidados aos utentes (por ex. promovendo articulação entre diferentes níveis de cuidados)	195	52,4
Gestão de doença crónica (DM, HTA, IRC, etc.)	195	52,4
Avaliação de intervenções de saúde	185	49,7
Participação em atividades de ensino e/ou tutoria	185	49,7
Desempenho de funções de liderança que garantam os mais elevados padrões de cuidados	181	48,7
Supervisão de elementos mais jovens da equipa	160	43,0
Prescrição de terapêutica não sujeita a receita médica (por ex. analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios, inibidores da bomba de protões, vitaminas)	150	40,3
Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação	145	39,0
Gestão de serviços de saúde (cargos de chefia)	138	37,1
Interpretação autónoma de meios complementar de diagnóstico	137	36,8
Prescrição de meios complementar de diagnóstico	135	36,3
Desempenho de funções de forma independente com responsabilidades por lista própria de doentes	135	36,3

Avaliação independente de utentes	130	34,9
Triagem, em caso de doença aguda, nomeadamente, mediante aplicação de fluxogramas de atuação	123	33,1
Gestão de episódio de cuidados	119	32,0

A PAE emerge para estes EE como sendo uma prática autónoma, especializada, baseada em evidência científica, que compreende o desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados, dentro da área de competências, bem com a contribuição para a melhoria da qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados. A investigação, e consequente utilização de evidência na prática diária, e consultadoria também surgem como indispensáveis à PAE.

Delegação de Competências e Task shifting

No que diz respeito à posição dos EE relativamente à delegação de competências, task shifting e *skill mix* de competências em PAE, cerca de 78,8% dos EE concorda que existem atualmente tarefas médicas que poderiam ser executadas, e portanto delegadas a enfermeiros. 79,6% acredita que essa delegação dever ser feita a EE. Cerca de 62,1% dos inquiridos acredita, contudo, que a atual carga de trabalho imposta aos EE inviabiliza essa mesma delegação. Relativamente à existência de riscos decorrentes da delegação de tarefas, 49,5% discorda de que a delegação de tarefas acarrete riscos, e 23,6% acredita que pode acarretar, 26,9% parece não ter uma opinião formada sobre o assunto. Sensivelmente 62,1% dos EE concorda que a expansão das competências aos EE acarreta oportunidades.

Relativamente às competências para a PAE, 87,9% dos EE acredita que para o exercício da PAE é indispensável à aquisição de competências específicas, 76,6% dos EE discorda de que os EE portugueses não possuam competências para a PAE e 83,1% afirma sentir-se capacitado para o desempenho de PAE no âmbito da sua especialidade, contudo cerca de 59,7% assente que as competências adquiridas no âmbito da especialidade não são, por si só, suficientes para o desempenho de PAE e 65,1% admite mesmo necessitar de formação adicional para o desempenho de PAE. 72,6% dos inquiridos defende que a PAE apenas deveria ser exercida por EE.

No que concerne à promoção da eficiência, 89,8% dos EE que preencheram o formulário concorda que a PAE promove a eficiência na prestação de cuidados e permite otimizar os recursos humanos existentes, 84,1% acredita que a PAE promove a acessibilidade aos

serviços de saúde e 86,8% que potencia a produtividade dentro da equipa multidisciplinar, 34,9% acredita contudo que a PAE potencia conflitos interprofissionais. Sensivelmente 85,8% dos respondentes acredita que a implementação de PAE em Portugal é pertinente, 71,0% crê ser viável e 78,7% acredita ser mesmo indispensável.

Aproximadamente 88,7% dos respondentes aceitaria desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade, mas 6,5% dos inquiridos não tomaram uma posição relativamente à aceitabilidade de desempenho de PAE, sendo que 4,9% assentiu que não aceitaria desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade.

Embora 82,5% tenham concordado que a PAE deveria ser implementada em Portugal, 5,6% discordaram desta afirmação e 11,8% não assumiram uma tomada de posição.⁴

⁴ Para efeitos de economia de texto e maior clareza, optou-se por reportar no texto as percentagens relativas à concordância /discordância, agregando os “concordo” com os “concordo totalmente e os “discordo” com os “discordo totalmente”.

Capítulo 3. Resultados

Tabela 12 - Posição dos Enfermeiros Especialistas relativamente à delegação de competências e task shifting

	Taxa de resposta Amostra total (N = 372)				
	Discordo Totalmente	Discordo <i>n</i> (%)	Não Concordo Nem Discordo	Concordo <i>n</i> (%)	Concordo Totalmente
	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)
Existem tarefas, atualmente executadas por médicos, que podem ser executadas por enfermeiros (ex. acompanhamento de doentes crónicos).	7 (1,9)	23 (6,2)	49 (13,2)	158 (42,5)	135 (36,3)
Existem funções atualmente desempenhadas por médicos que podem ser delegadas a enfermeiros com formação avançada (ex. acompanhamento de grávidas de baixo risco)	8 (2,2)	26 (7,0)	42 (11,3)	145 (39)	151 (40,6)
A carga de trabalho atual dos enfermeiros impossibilita a delegação de mais funções aos enfermeiros	17 (4,6)	67 (18)	57 (15,3)	116 (31,2)	115 (30,9)
Os enfermeiros Portugueses não possuem competências para o desempenho de Prática Avançada de Enfermagem	191 (51,3)	94 (25,3)	35 (9,4)	38 (10,2)	14 (3,8)
Existe ambiguidade na terminologia PAE	14 (3,8)	53 (14,2)	124 (33,3)	141 (37,9)	40 (10,8)

Capítulo 3. Resultados

	Taxa de resposta Amostra total (N = 372)				
	Discordo Totalmente	Discordo <i>n</i> (%)	Não Concordo Nem Discordo	Concordo <i>n</i> (%)	Concordo Totalmente
	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)
O desempenho de PAE prevê a aquisição de competências específicas	4 (1,1)	15 (4)	26 (7)	171 (46)	156 (41,9)
Enquanto EE sinto-me capacitado para o desempenho de PAE no âmbito da minha especialidade	8 (2,2)	23 (6,2)	32 (8,6)	170 (45,7)	139 (37,4)
As competências adquiridas no âmbito da especialidade não são, por si só, suficientes para o desempenho de PAE	19 (5,1)	75 (20,2)	56 (15,1)	167 (44,9)	55 (14,8)
Enquanto EE necessito de formação adicional para o desempenho de PAE	13 (3,5)	55 (14,8)	62 (16,7)	177 (47,6)	65 (17,5)
A delegação de tarefas médicas a EE acarreta riscos (por ex. erro de prescrição ou diagnóstico) para os utentes dos Cuidados de Saúde	61 (16,4)	123 (33,1)	100 (26,9)	66 (17,7)	22 (5,9)

Capítulo 3. Resultados

Taxa de resposta Amostra total (N = 372)					
	Discordo Totalmente <i>n (%)</i>	Discordo <i>n (%)</i>	Não Concordo Nem Discordo <i>n (%)</i>	Concordo <i>n (%)</i>	Concordo Totalmente <i>n (%)</i>
A expansão de competências dos EE acarreta oportunidades (por ex. potenciar disponibilidade médica para tarefas exclusivamente suas)	14 (3,8)	44 (11,8)	83 (22,3)	149 (40,1)	82 (22)
A PAE por EE promove a eficiência na prestação de cuidados	7 (1,9)	9 (2,4)	22 (5,9)	171 (46)	163 (43,8)
A PAE, por EE, permite maximizar os recursos existentes nos serviços de saúde	6 (1,6)	13 (3,5)	21 (5,6)	147 (39,5)	185 (49,7)
A implementação de PAE potencia a acessibilidade aos serviços de saúde	4 (1,1)	9 (2,4)	46 (12,4)	163 (43,8)	150 (40,3)
A PAE potencia a produtividade da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados	6 (1,6)	7 (1,9)	36 (9,7)	178 (47,3)	147 (39,5)
A PAE potencia conflitos interprofissionais	44 (11,8)	99 (26,6)	99 (26,6)	105 (28,2)	25 (6,7)
A PAE deveria ser implementada em Portugal	9 (2,4)	12 (3,2)	44 (11,8)	156 (41,9)	151 (40,6)

Capítulo 3. Resultados

Taxa de resposta Amostra total (N = 372)					
	Discordo Totalmente <i>n (%)</i>	Discordo <i>n (%)</i>	Não Concordo Nem Discordo <i>n (%)</i>	Concordo <i>n (%)</i>	Concordo Totalmente <i>n (%)</i>
A PAE em Portugal deveria ser exercida apenas por Enfermeiros Especialistas	9 (2,4)	29 (7,8)	64 (17,2)	122 (32,8)	148 (39,8)
Considero a implementação da PAE em Portugal pertinente	9 (2,4)	9 (2,4)	35 (9,4)	170 (45,7)	149 (40,1)
Considero a implementação da PAE em Portugal dispensável	150 (40,3)	143 (38,4)	49 (13,2)	19 (5,1)	11 (3)
Considero a implementação da PAE em Portugal viável	10 (2,7)	20 (5,4)	78 (21)	180 (48,4)	84 (22,6)
Aceitaria desempenhar funções de PAE no âmbito da minha especialidade	7 (1,9)	11 (3,0)	24 (6,5)	167 (44,9)	163 (43,8)

Condicionantes da implementação da PAE em Portugal

Quando questionados sobre as condições que consideram facilitadoras da implementação de PAE em Portugal os EE evidenciaram a clarificação do conceito PAE e das funções a serem desempenhadas pelos Enfermeiros de Prática Avançada (EPA), a diferenciação da profissão de enfermagem em Portugal, a clarificação do conceito PAE, bem como o envolvimento político, e aceitabilidade social por parte dos demais profissionais de saúde, conforme evidenciado na tabela abaixo.

Tabela 13 – Principais alavancas para a implementação de PAE em Portugal.

	Amostra Total (N= 372)	
	<i>n</i>	(%)
Clarificação das funções a serem desempenhadas pelos enfermeiros de PAE	245	65,9
Diferenciação da Profissão de Enfermagem em Portugal	155	41,7
Clarificação do conceito PAE	133	35,8
Envolvimento político	132	35,5
Aceitação do desempenho de PAE por outros profissionais de saúde	127	34,1
Aceitação do desempenho de PAE pelos enfermeiros	113	30,4
Envolvimento dos profissionais de saúde na discussão e na implementação de PAE	103	27,7
Reconhecimento social da importância do desempenho de PAE	96	25,8
O Aumento do nº de EE	75	20,2
Reconhecimento social da necessidade de aumento da eficiência na prestação de cuidados em Portugal	78	21,0
Aceitação do desempenho de PAE pelos utentes	63	16,9
Envolvimento da sociedade civil na discussão e na implementação de PAE	40	10,8

Para além do enunciado os EE referiram, ainda, como outros elementos facilitadores da implementação de PAE em Portugal: a motivação e disponibilização por parte dos profissionais; uma maior vontade política; a necessidade de uma redefinição da profissão e respetiva aceitabilidade pela sociedade civil (políticos, utentes, comunidade de enfermagem e demais profissionais de saúde, com particular ênfase na comunidade médica); o apoio das associações profissionais (tais como ordens e sindicatos); os interesses das escolas de enfermagem em formar mais especialistas; o aumento do nº total

de enfermeiros (generalistas e especialistas); a existência de uma carreira de enfermagem; a valorização das competências acrescidas dos EE pelas entidades empregadoras (sendo que o maior empregador é o estado); o reconhecimento profissional; a diferenciação remuneratória compatível com a responsabilidade e trabalho acrescido pelo desempenho da PAE; adequação da dotação de enfermeiros que permita a expansão e alargamento conceptual da prática de enfermagem; união na classe profissional; reconhecimento social da importância do desempenho de PAE; desenho e implementação de regulação profissional que delimite claramente as fronteiras interprofissionais; diálogo intra e interprofissional; maior consciencialização e visibilidade social da importância da Enfermagem de PAE para o utente, as famílias, e comunidades; disseminação de evidência que demonstre a eficiência e efetividade em termos de qualidade e segurança da PAE na prestação de cuidados de saúde; reestruturação (readequação) da formação dos EE; desenho e implementação de legislação protetora do título e do papel desempenhado pelos EPA; aceitabilidade médica; reconhecimento da necessidade de formação prévia específica acrescida em áreas como sejam a farmacologia e a imagiologia, tendo em vista a prescrição e interpretação adequadas de meios complementares de diagnóstico.

No que concerne às condicionantes da aceitabilidade do desempenho de PAE pelos EE em Portugal, os inquiridos salientaram como potenciais entraves à aceitabilidade do desempenho da PAE, de entre os enunciados, a ausência de incentivos remuneratórios, a ausência de vontade e apoio político, a oposição interprofissional e a carga de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos (tabela 14).

Tabela 14 - Condicionantes da aceitabilidade de desempenho de PAE pelos EE

	Taxa de Resposta (N= 372)	
	<i>n</i>	%
Incentivos Remuneratórios	176	47,3
Aceitabilidade interprofissional (multidisciplinar)	160	43,0
Apoio político (Ministério da Saúde, ACSS, ARS)	156	42,0
Atual rácio Enfermeiro/Utente	145	39,0
Carga de Trabalho a que os Enfermeiros estão sujeitos	137	36,8
Ambiguidade na definição de Prática Avançada em Enfermagem	125	33,6
Enquadramento legal e normativo da profissão de enfermagem	112	30,1
Incentivos Não Remuneratórios (ex. progressão na carreira)	96	25,8
Necessidade de Formação específica e/ou adicional para o desempenho de PAE	86	23,1
Apoio dos representantes legais da classe profissional (Ordem do Enfermeiros, Sindicatos)	39	10,5

Para além destas os EE referiram ainda com condicionantes: a baixa motivação profissional; a formação limitada e insuficiente dos enfermeiros; as questões políticas e de orçamento de estado; a ausência de políticas de implementação de PAE; o poder socio-político e forte oposição pela classe médica; a ausência de um enquadramento legal que redefina, regule e legisle as competências do EE; a frágil imagem social da profissão de enfermagem e conseqüente recusa desta prática pela sociedade civil; a ausência de apoio por parte da ordem e representantes legais dos enfermeiros; a inexistência de uma carreira efetiva de enfermagem; o atual enquadramento legal e normativo da profissão; a inexistência de um contexto de escassez de médicos, precursora da implementação de PAE; a não contemplação na atual carreira de enfermagem do grau de enfermeiro especialista; a necessidade de formação específica financiada pelos próprios enfermeiros; a variabilidade e discrepância nos programas de especialização de enfermagem; a oposição declarada de enfermeiros que encararam a PAE como uma “extensão da prática médica em versão *low cost*” e defendem que a delegação de atos médicos desvaloriza e é pernicioso para a enfermagem; a insegurança sentida por alguns EE para o desempenho de uma prática mais expandida; o excedente de médicos a nível nacional; o risco de eventual má prática profissional; a eventual necessidade de supervisão do exercício de PAE em ambiente clínico; *lobbies* profissionais, das escolas de enfermagem, empresariais

e políticos; corporativismo profissional; ausência de um modelo de prestação de cuidados centrados no utente e suas necessidades; escassez de enfermeiros especialistas e generalistas.

Reflexão dos EE sobre a prática profissional

Aquando da reflexão sobre a sua prática profissional 51,9% dos respondentes afirmam não utilizar a totalidade das suas competências na sua prática diária, 68,8% contudo consente estar capacitado para a prática de funções que não exerce, e 73,4% confirma que as suas capacidades e competências estão subaproveitadas no local de trabalho. Aproximadamente 58,3% dos respondentes defende que a carga de trabalho a que está sujeito não lhe permite desempenhar outras funções, mas 81,5% mostra-se disponível para desempenhar funções para além daquelas que exerce atualmente. Cerca de 80,6% dos inquiridos refere que a PAE influenciaria positivamente a sua realização e satisfação profissional, e cerca de 67,8% referem desempenhar atualmente funções que podem ser classificadas como PAE no seu quotidiano profissional, conforme consta na tabela 15.

Relativamente às funções que fazem parte do seu quotidiano profissional, resumidas na tabela 16, os EE afirmam: participar em atividades de ensino e tutoria (67,5%); planear e gerir episódios de cuidados (61,0%); proceder a avaliação independente de doentes (56,5%) e avaliar o impacto (56,2%) e efectividade (52,7%) dos cuidados prestados; prescrever/ administrar e realizar aconselhamento terapêutico (54,3%); avaliar o impacto (56%) e efetividade (52,7%) da prestação de cuidados; participar no desenvolvimento e implementação de programas de cuidados (50%); assumir funções de liderança (47,5%); participar no desenvolvimento e implementação de programas de cuidados (50,0%) bem como no desenvolvimento de guidelines e protocolos clínicos (45,7%); interpretar autonomamente meios complementares de diagnóstico (39,6%); acompanhar e referenciar doentes, se/quando necessário, em situações específicas (37,6%); estar envolvido em projetos de investigação (34,9%); 23,1% dos EE consente ainda realizar procedimentos tradicionalmente considerados de domínio médico.

Capítulo 3. Resultados

Tabela 15 - Reflexão sobre a prática profissional diária

	Taxa de resposta				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	%	%	%	%	%
No meu cotidiano profissional utilizo a totalidade das minhas competências enquanto enfermeiro especialista.	38 (10.2)	155 (41.7)	37 (9.9)	100 (26.9)	42 (11.3)
A minha especialização capacitou-me para o desempenho de funções que atualmente não exerço	17 (4.6)	53 (14.2)	46 (12.4)	147 (39.5)	109 (29.3)
A carga de trabalho a que estou sujeito não me permite desempenhar outras funções que não as atuais.	13 (3.5)	79 (21.2)	63 (16.9)	162 (43.5)	55 (14.8)
As minhas capacidades e competências estão subaproveitadas no meu local de trabalho	10 (2.7)	47 (12.6)	42 (11.3)	147 (39.5)	126 (33.9)
Estou disponível para desempenhar funções para além daquelas que exerço atualmente.	5 (1.3)	14 (3.8)	50 (13.4)	187 (50.3)	116 (31.2)
O desempenho de prática avançada em enfermagem influenciaria positivamente a minha realização profissional	5 (1.3)	13 (3.5)	54 (14.5)	175 (47)	125 (33.6)

Capítulo 3. Resultados

O desempenho de prática avançada em enfermagem influenciaria negativamente a minha realização profissional.	181 (48.7)	133 (35.8)	42 (11.3)	10 (2.7)	6 (1.6)
O desempenho de prática avançada em enfermagem influenciaria positivamente a minha satisfação profissional.	5 (1.3)	7 (1.9)	57 (15.3)	183 (49.2)	120 (32.3)
O desempenho de prática avançada em enfermagem influenciaria negativamente a minha satisfação profissional.	184 (49.5)	133 (35.8)	44 (11.8)	5 (1.3)	6 (1.6)
No meu quotidiano profissional desempenho funções que podem ser classificadas como Prática Avançada em Enfermagem.	10 (2.7)	37 (9.9)	73 (19.6)	187 (50.3)	65 (17.5)

Tabela 16 - Funções que fazem parte do quotidiano profissional dos EE

Funções que fazem parte do quotidiano profissional dos EE	n (%)
Participação em atividades de ensino e tutoria (lecionar aulas e/ou colaboração em estágios profissionais em serviço)	251 (67,5)
Planeamento e gestão de episódios de cuidados	227 (61,0)
Avaliação independente de utentes	210 (56,5)
Avaliação do impacto dos cuidados prestados	209 (56,2)
Prescrição/ Administração/ Aconselhamento terapêutico (ainda que de forma informal/não oficial, ex. prescrição de tratamentos em feridas crónicas, analgésicos/ antipiréticos/medicação não sujeita a prescrição médica, etc.)	202 (54,3)
Avaliação da efetividade dos cuidados prestados	196 (52,7)
Participação no desenvolvimento e implementação de programas de cuidados	187 (50,0)
Funções de Liderança (por ex. chefia de equipas)	177 (47,5)
Participação no desenvolvimento de <i>guidelines</i> e protocolos clínicos	170 (45,7)
Interpretação autónoma de meios complementares (ainda que de forma informal/não oficial)	146 (39,6)
Acompanhamento e referenciação de doentes, se/quando necessário, em situações específicas (ex. doentes crónicos – HTA, DM, úlceras venosas/arteriais, grávidas, etc.)	140 (37,6)
Participação, Realização e/ou Coordenação de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica	130 (34,9)
Gestão de Serviços de Saúde	94 (25,3)
Realização de procedimentos tradicionalmente considerados de domínio médico, como sejam exame objetivo, citologias, auscultação pulmonar, doppler venoso em avaliação de úlceras varicosa/arteriais, etc.	86 (23,1)
Triagem e referenciação de doentes, em caso de doença aguda, mediante aplicação de fluxogramas de atuação	87 (23,4)
Prescrição de forma autónoma de meios complementares de diagnóstico (ainda que de forma não oficial)	54 (14,5)
Outras	29 (7,8)

Quando questionados acerca de outras funções, para além das mencionadas, que poderiam ser desempenhadas pelos EE as respostas foram múltiplas e variadas e incluíram: a gestão de cuidados de saúde do utente; a gestão de alta após avaliação minuciosa em utentes de baixo risco; a gestão e coordenação de serviços dentro do âmbito da especialidade; a gestão de projetos em saúde; a agilização de procedimentos na prescrição e tratamento de

feridas crônicas e utilização de técnicas inovadoras de tratamento (pressão negativa); consultoria; gestão de qualidade; gestão de listas cirúrgicas/vagas; participação ativa em tomada de decisões clínicas; participação em debates políticos na área da saúde, diagnóstico de saúde da comunidade; participação na definição e contratualização dos objetivos nacionais, regionais e internos; gestão de doença crônica; gestão de internamentos; participação na tomada de decisão aos diferentes níveis hierárquicos da gestão; gestão de recursos humanos; gestão de materiais e equipamentos; coordenação de equipas e de unidades funcionais/serviços entre outros; participação em grupos de trabalho como perito na área de competências; colaboração na formação de outros grupos profissionais; promoção e utilização da evidência na prática diária, mediante a coordenação e realização de investigação dentro da área de competência; realização de procedimentos invasivos (por exemplo, colocação de cateter venoso central); coordenação de programas de saúde escolar; coordenação de unidades de saúde pública; participação nos órgãos de direção clínica e de gestão dos serviços de saúde; participação mais ativa nas várias comissões hospitalares ou de unidades de saúde (comissão de ética, comissão controlo da infeção e política interna de antibióticos, de referenciação de doentes para cuidados continuados, de higiene e segurança no trabalho, de acreditação em qualidade, de avaliação e aprovação de aquisições de equipamentos e consumíveis, de seleção e recrutamento de profissionais, enfermeiros e auxiliares, etc.); liderança de campanhas junto da comunidade tendo em vista uma maior proximidade e o acompanhamento por parte dos enfermeiros; prestação de cuidados diretos e diferenciados aos doentes com maior grau de complexidade.

No que concerne a disponibilidade para o desempenho de outras funções que não as actuais, os EE responderam, conforme resumido na tabela 17, demonstrando consenso e maior receptividade para: realização de funções de supervisão e apoio a novos profissionais (98,7%), participação em atividades de ensino e tutoria (98,1%), participação no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, de normas, guidelines e protocolos clínicos de atuação (97,0%); projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências (96,5%); coordenação e realização de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica (94,3%); realização de funções de gestão de serviços de saúde (91,4%); divulgação de evidência em Enfermagem (93,8%); gestão de doença crônica (DM, HTA, IRC, etc.) com referenciação e transferência de utentes entre níveis de

prestação de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde (89,0%); Gestão de lista própria de utentes com respetivo planeamento de episódio de cuidados (89,0%); acompanhamento e referenciação de utentes de forma autónoma, em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc. (85,9%); prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação (84,4%); triagem, em caso de doença aguda, por ex. mediante aplicação de fluxogramas de atuação (83,8%).

Verificou-se um menor consenso e disponibilidade para a realização de funções que impliquem a delegação de competências médicas, tais como a realização de diagnóstico diferencial de forma autónoma (por ex. requisição de MCD, identificação de agravamento de estado clínico, etc.) (75.5%) e a prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico (73.1%). Contudo mais de 70% dos EE que compõem esta amostra manifestou disponibilidade para desempenhar também estas funções.

Tabela 17 - Disponibilidade para o desempenho de uma prática expandida

	Respondentes (N=372)				
	Totalmente	Indisponível	Disponível	Muito	Totalmente
	Indisponível	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	Disponível	Disponível
	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Gestão de lista própria de utentes com respetivo planeamento de episódio de cuidados	2 (0.5)	39 (10.5)	153 (41.1)	84 (22.6)	94 (25.3)
Acompanhamento e referenciação de utentes de forma autónoma, em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.	8 (2.2)	44 (11.8)	144 (38.7)	90 (24.2)	86 (23.2)
Triagem, em caso de doença aguda, por ex. mediante aplicação de fluxogramas de	11 (3)	49 (13.2)	140 (37.6)	86 (23.1)	86 (23.1)

atuação.

Prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico.	19 (5.1)	81 (21.8)	128 (34.4)	90 (24.2)	54 (14.5)
Realização de diagnóstico diferencial de forma autónoma (por ex. requisição de MCD, identificação de agravamento de estado clínico, etc.)	20 (5.4)	71 (19.1)	139 (37.4)	91 (24.5)	51 (13.6)
Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação.	16 (4.3)	42 (11.3)	138 (37.1)	110 (29.6)	66 (17.7)
Gestão de doença crónica (DM, HTA, IRC, etc.) com referenciação e transferência de utentes para outro nível de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde.	10 (2.7)	31 (8.3)	134 (36)	117 (31.5)	80 (21.5)
Supervisão e apoio a novos profissionais.	2 (0.5)	3 (0.8)	84 (22.6)	112 (30.1)	171 (46)
Participação em atividades de ensino e tutoria.	0	7 (1.9)	85 (22.8)	106 (28.5)	174 (46.8)
Funções de Gestão de serviços de saúde.	5 (1.3)	27 (7.3)	100 (26.9)	100 (26.9)	140 (1.3)
Participação no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, de normas, <i>guidelines</i> e protocolos clínicos de atuação	4 (1.1)	7 (1.9)	97 (26.1)	126 (33.8)	138 (37.1)

Coordenação e realização de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica.	1 (0.3)	20 (5.4)	106 (28.5)	122 (32.8)	123 (33.1)
Projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências.	1 (0.3)	12 (3.2)	105 (28.2)	112 (30.1)	142 (38.2)
Divulgação de evidência em Enfermagem mediante participação em conferências e redação de artigos em publicações da área de competência.	1 (0.3)	22 (5.9)	96 (25.8)	116 (31.2)	137 (36.8)

Porque a bibliografia refere que o desempenho de prática avançada de enfermagem pode contribuir para a satisfação profissional e retenção dos profissionais (Buchan e Calman, 2005), procurou-se determinar os factores que os EE consideravam ter maior impacto na sua satisfação profissional (tabela 18).

De entre os fatores enunciados os EE evidenciaram a remuneração (50.3%) e a autonomia profissional (50%) como os que mais contribuem para a satisfação profissional, seguidos da possibilidade de progressão na carreira (36.6%), da atribuição de responsabilidades inerentes às funções a serem desempenhadas (25.5%), do reconhecimento interpares (24.5%) e social (24%) bem como o relacionamento com a equipa multiprofissional (24%) e as funções a serem desempenhadas (20.2%). As condições de trabalho (19.6%), possibilidade de formação contínua (16.9), possibilidade de experimentar/ implementar novos métodos de trabalho (17.7%), o estatuto profissional (10.5%) e as condições de segurança (6.5%) parecem ser factores com menor impacto na satisfação profissional.

Tabela 18 - Factores com maior contributo para a satisfação profissional

	Respondentes (N=372)	
	<i>n</i>	(%)
Remuneração	187	(50,3)
Autonomia profissional	185	(50,0)
Possibilidade de progressão na carreira	136	(36,6)
Responsabilidade inerente às funções a serem desempenhadas	95	(25,5)
Reconhecimento interpares	91	(24,5)
Relacionamento com a equipa de trabalho	90	(24,2)
Reconhecimento Social	89	(23,9)
Funções a serem desempenhadas	75	(20,2)
Condições de Trabalho (estrutura física, tipo de escala de serviço, etc.)	73	(19,6)
Possibilidade de formação contínua	63	(16,9)
Possibilidade de experimentar/ implementar novos métodos de trabalho	66	(17,7)
Estatuto profissional inerente às funções desempenhadas	39	(10,5)
Condições de Segurança	24	(6,5)

DISCUSSÃO:

Caracterização sociodemográfica

A taxa de feminização da profissão de Enfermagem em Portugal é significativamente elevada. Em 2017, 82% dos enfermeiros eram mulheres e cerca de 52% tinha menos de 40 anos de idade (OE, 2017), o que justifica o facto que a amostra em estudo seja predominantemente feminina e com idade média de 41 anos.

Verifica-se que uma grande percentagem dos EE que constituem a amostra possui elevada diferenciação académica (especialidade, mestrado e até doutoramento), não obstante cerca de metade estar contratado e a auferir o vencimento de enfermeiro generalista. Embora apenas um quarto seja remunerado com especialista, cerca de 68% afirma desempenhar funções de especialista sem qualquer contrapartida financeira. De salientar ainda que os EE que não exercem a sua especialidade no local de trabalho apresentam

motivos organizacionais, e não de vontade própria, conforme ilustrado por um dos participantes do estudo “*ARS, nunca abriu concursos, não aproveita a formação dos seus profissionais e não sou remunerado como especialista ... Pontualmente, e sempre que se proporciona recorro aos meus conhecimentos de especialista, mesmo com todos estes handicaps, para benefício dos nossos utentes e equipa*”.

Estes achados vêm corroborar os de Silva *et al.* (2018) que, após analisar as expectativas profissionais dos EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Portugal, concluiu que não houve mudanças na trajetória profissional e nas funções desempenhadas pelos enfermeiros após o término da especialidade, devido à estagnação na carreira de enfermagem e à não abertura de concursos para categoria de especialista. A realidade reportada por estes EE pode, ainda, justificar as elevadas taxas de intenção de abandono profissional, 42,5% entre enfermeiros generalistas e 48,2% entre especialistas, documentadas por Leone *et al.* (2015), em que 91% dos profissionais referiam falta de oportunidades de progressão profissional.

Alguns autores relacionam a baixa remuneração e a impossibilidade de progressão na carreira em enfermagem com questões relacionadas com a igualdade de género, afirmando que embora as mulheres representem cerca de 70% da força de trabalho em saúde a nível mundial, apenas 25% exercem funções de liderança (WHO, 2019). O relatório “*Investing in the power of nurse leadership what will it take?*” (Newman *et al.*, 2019) sugere que a discriminação, o preconceito e os estereótipos inibem as oportunidades das enfermeiras desenvolverem competências, comprometem o *status* da enfermagem na força de trabalho em saúde, perpetuam a disparidade salarial e resultam em tratamento desigual entre mulheres e homens em todo o mundo.

Em Portugal, as desigualdades na progressão nas carreiras e no acesso às hierarquias na Enfermagem são evidenciadas pelos baixos salários que os profissionais de enfermagem auferem, comparativamente a outros profissionais com o mesmo grau de diferenciação académica (vide Síntese Estatística do Emprego Público 4.º trimestre 2019), e pelo facto das taxas de ocupação de posições de liderança e chefia, como por exemplo o de enfermeiro-diretor (58%), não estarem em consonância com o peso que as mulheres têm na profissão (83%) (Schreck e Amorim, 2019).

Conceptualização de PAE e Task Shifting

A ausência de consenso na definição, a confusão em torno da terminologia e a ausência

de clareza relativamente às funções a serem desempenhadas estão entre os motivos apontados para o insucesso da implementação e desenvolvimento da PAE (Pulcini, 2009; Kleinpell *et al.*, 2014).

A definição de PAE entre a comunidade de enfermagem portuguesa parece não reunir consenso, sendo que as posições extremadas que persistem relativamente à implementação de PAE parecem prender-se com a visão dicotómia “mais medicina na enfermagem”, versus “mais enfermagem na enfermagem” (Almeida e Coelho, 2010; Amendoeira, 2012; Peixoto e Peixoto, 2011). Assim, enquanto uns encaram a delegação de competências, tarefas e funções médicas a enfermeiros como uma evolução natural da profissão, inevitável para a garantia da acessibilidade a cuidados de saúde e da sustentabilidade técnica e financeira (Barreira, 2019), outros opõem-se veementemente a uma política desta natureza por a considerarem um retrocesso na profissão que compreende a integração da prestação de cuidados de enfermagem num modelo biomédico que pressupõe “mais medicina na enfermagem” (Almeida e Coelho, 2010; Peixoto e Peixoto, 2013; Queirós, 2017), pelo que estes enfermeiros contestam a delegação de tarefas/competências/ consideradas médicas, muitas vezes apenas por “força da prática instituída”. Tal parece ser o caso para esta amostra de enfermeiros já que grande parte parece valorizar uma PAE assente na expansão do conhecimento disciplinar, formação, investigação, prática baseada na evidência e liderança, como se pode verificar por comentários tecidos pelos respondentes ao longo do preenchimento do questionário como sejam: “*não entendo a PAE como um meio para "aliviar" a carga de trabalho dos médicos. Entendo a PAE como o curso natural da Enfermagem*”. Contudo uma percentagem considerável consente que a PAE também compreende o desempenho de tarefas frequentemente consideradas médicas tais como: diagnóstico diferencial de forma autónoma, gestão de doença crónica, prescrição de terapêutica de acordo com protocolos, prescrição e interpretação autónoma de MCDTs e gestão de episódios de doentes.

Embora a integração de competências médicas no desempenho de PAE divida opiniões, a grande maioria dos EE concorda que existem tarefas médicas que poderiam ser delegadas a enfermeiros, preferencialmente especialistas, mas que tal pode estar condicionado pela carga de trabalho atualmente imposta aos enfermeiros. Dado o aparente excedente de enfermeiros em Portugal, documentado pelas elevadas taxas de emigração entre estes profissionais, confirmadas pela OE (2020) (4506 solicitações do certificado de equivalência para exercer no estrangeiro no ano de 2019), acredita-se que uma aposta na

contratação de generalista permitiria uma maior disponibilidade para a PAE por especialistas. De salientar que, nos últimos anos, tem havido um claro investimento na contratação de enfermeiros generalistas e especialistas pelo Ministério da Saúde, que se tem traduzido num aumento no número de efetivos (Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviços Nacional de Saúde, 2019). Esta aposta pode constituir um ponto a favor da implementação de PAE, já que poderá libertar os EE para o desempenho de PAE. De salientar ainda que, embora as revisões de *skill mix* se foquem, por norma, nos papéis de médicos e enfermeiros, a discussão pode abranger outros segmentos da força de trabalho em saúde, tais como as assistentes operacionais de saúde. Neste contexto alguns investigadores têm equacionado e defendido a delegação de tarefas de enfermeiros a assistentes operacionais, devidamente treinadas, tendo em vista a libertação dos primeiros para o exercício de uma prática mais alargada e expandida, e o contributo dos segundos na inovação e fortalecimento dos sistemas de saúde, já que as suas responsabilidades e limites nem sempre são claros e apostar na sua qualificação pode contribuir para a otimização da força de trabalho em saúde (Beja *et al.*, 2018)

Competências para a PAE

De acordo com o ICN (2018) a expansão de funções no campo da enfermagem e a implementação de PAE pressupõe formação adicional, sendo o nível de mestrado sugerido para os enfermeiros que pretendam exercer PAE. Embora a formação e treino necessários para o desempenho de PAE variem de país para país (Delamaire e LaFortune, 2010), eles devem garantir as competência e capacidade para o desempenho de funções novas e expandidas, devendo ainda ser passíveis de ser avaliadas (Bourgeault *et al.*, 2008; Buchan e Calman, 2005; Sibbald *et al.*, 2004). Para os EE que constituem a amostra em estudo a aquisição de competências específicas é indispensável para a PAE (88%), o que explica o facto de afiançarem ser os EE os enfermeiros capacitados para o desempenho de PAE em Portugal. Estes profissionais, com experiência profissional e formação complementar, acreditam ter competências (77%) e estar capacitados para o desempenho de PAE (83%). Ainda assim, cerca de 60% admite necessitar formação adicional para desempenhar PAE.

De acordo com a literatura os sentimentos de insegurança e incapacidade face às expectativas que o desempenho de PAE pressupõe são frequentemente reportados pelos enfermeiros, e podem constituir uma barreira à PAE quando não equacionados. Por norma estão relacionados com preocupações relativas à carga de trabalho, gestão do tempo e

crescente responsabilidade decorrente da PAE (Torrens *et al.*, 2020; Faraz, 2016, Heale e Buckley, 2015). Tal parece ser o caso para este grupo de enfermeiros já que grande parte deles apontou a carga de trabalho a que os enfermeiros estão habitualmente expostos e a necessidade de formação complementar para o exercício de PAE como eventuais barreira à implementação de PAE em Portugal, conforme se percebe pelas opiniões complementares expressas ao longo do questionário, tais como: “*Considero ser necessária formação complementa a especialização para que os enfermeiros especialistas possam realizar em tudo o seu espectro a PAE. Considero ainda ser necessária regulação específica. A realização de PAE exige uma mudança do paradigma actual, bem como acarreta a necessidade de múltiplas mudanças (maior rácio de enfermeiros, incentivo à formação profissional, incentivos remuneratórios e progressão na carreira...)*”.

Condicionantes da implementação de PAE em Portugal

As condicionantes enunciadas pelos EE para a implementação e desenvolvimento de PAE em Portugal são transversais às dos demais países (Delamaire *et al.*, 2010, Buchan e Calman, 2004, Torrens *et al.*, 2020), sendo que a clarificação do conceito, tarefas e funções a serem desempenhadas pelos EPA, o envolvimento e apoio político e aceitabilidade por parte dos demais profissionais de saúde foram destacadas pelos EE como facilitadores. Os incentivos remuneratórios, a aceitabilidade multidisciplinar (nomeadamente a oposição pela profissão médica) e pelos utentes, a ausência de apoio político e a elevada carga de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos emergiram como os entraves mais significativos, mas fatores como a desmotivação profissional, a frágil imagem social da enfermagem, a variabilidade nos programas de formação de especialistas e *lobbies* profissionais, das escolas de enfermagem, empresariais e políticos também foram referidos. Estes achados são coincidentes com os encontrados por Delamaire *et al.* (2010), Niezen *et al.* (2014), Pulcini *et al.* (2010), Sangster-Gormley *et al.* (2011), Faraz (2016), Torrens *et al.* (2020).

A experiência internacional mostra-nos que, embora contundentes, estes obstáculos não são, contudo, intransponíveis.

De acordo com Bryant-Lukosius e DiCenso (2004), quando devidamente acauteladas, todas estas condicionantes podem ser ultrapassadas. As autoras sugerem: identificar, consultar e envolver todos os interessados (utentes, famílias, profissionais, organizações

de cuidados de saúde, equipa multidisciplin角度ares, associações profissionais, representantes dos utentes, administradores, agências governamentais envolvidas na política, regulação e financiamento da saúde), tendo em vista a sua sensibilização, participação, envolvimento, compromisso e apoio; conhecer as perceções dos stakeholders sobre o objetivo e os vários domínios e papéis da PAE; definir com precisão a natureza e domínio de cada função englobada na PAE; definir a relação entre o papel do EPA e o dos demais prestadores de cuidados, dando particular atenção ao trabalho em equipa, à responsabilização, à autonomia, à comunicação, aos mecanismos de notificação, aos mecanismos políticos de regulação profissional, aos mecanismos de financiamento de modelos de cuidados e remuneração dos profissionais.

É ainda evidente, pelas respostas dos EE, que o apoio e envolvimento da classe política, encabeçada por uma forte liderança, e a anuência e conciliação da profissão médica são condições *sine qua non* para a aceitação de implementação, desenvolvimento e desempenho de PAE em Portugal tanto por utentes, famílias e comunidades, quanto pelos demais profissionais de saúde.

Reflexão dos EE sobre a prática profissional

A reflexão dos EE sobre a sua prática profissional diária evidencia uma noção de desaproveitamento da totalidade das competências dos EE na sua prática diária e reiterou a disponibilidade destes profissionais para o desempenho de outras funções para além das atuais.

Estes resultados parecem corroborar a ideia de Lopes *et al.* (2018) de que, o sistema de saúde português, e em particular o Serviço Nacional de Saúde, não tem, atualmente, implementada uma estrutura formal para o reconhecimento e aproveitamento plenos da prática diferenciada dos EE (Lopes *et al.*, 2018), o que é gerador de ineficiência.

Este argumento pode ser parcialmente refutado apenas na medida em que a grande maioria dos respondentes afirma, e efetivamente parece, à luz de algumas das funções que afirmam já desempenhar, (triagem e referenciação de doentes, em caso de doença aguda, mediante aplicação de fluxogramas de atuação, acompanhamento e referenciação de doentes, em situações específicas, prescrição/administração/aconselhamento terapêutico), exercer uma prática mais alargada.

Assim sendo, constata-se que embora haja um certo proveito da prática diferenciada dos EE, o mesmo não é oficialmente reconhecido. Tal já tinha sido documentado por Temido

et al. (2015) num estudo que pretendia conhecer as perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício do enfermeiro nos cuidados primários, em que alguns médicos reconheceram delegar tarefas e funções aos enfermeiros “*numa perspetiva de trabalho em equipa*”, assentindo que “*há situações agudas em que a população vai para casa e só é vista por um enfermeiro*” (Temido *et al.*, 2015, p. 80), e que embora estes casos sejam raros, já acontecem, existindo “*duas ou três experiências assim um bocado escondidas*” (Temido *et al.*, 2015, p. 80), de acompanhamento de utentes sem médico de família, e/ou grávidas de baixo de risco por enfermeiros, o que de resto já está contemplado no papel de enfermeiro de família

As respostas dadas e a evidência resultante de estudos prévios parecem assim documentar o exercício absconso de uma PAE acanhada, limitada, volúvel, pouco ou nada reconhecida, fragilmente regulada e insuficientemente ou nada remunerada, conforme o enfermeiro que a exerce possua a categoria de especialista ou não.

Não obstante as limitações à PAE decorrentes da sobrecarga de trabalho, estes EE mostraram disponibilidade para o exercício de outras funções que não as atuais e sugeriram um conjunto de tarefas que poderiam ser desempenhados por EE, estendendo-se as mesmas desde a esfera da prestação de cuidados, ao ensino, à gestão de unidades de saúde, à realização de investigação e à participação ativa no desenho de políticas de saúde. De entre as atividades sugeridas as que compreendiam a expansão e consolidação de competências de enfermagem (coordenação de unidades de saúde pública; participação nos órgãos de direção clínica e de gestão dos serviços de saúde) foram as mais enunciadas. Foi ainda proposto o desempenho de funções que pressupunham a delegação de tarefas, atualmente desempenhadas por médico, a enfermeiros tais como a realização de procedimentos invasivos (por exemplo, colocação de cateter venoso central).

Impacto da PAE na Satisfação Profissional.

A expansão e desenvolvimento de novos papéis em enfermagem pode ter um impacto positivo na remuneração e no estatuto da profissão, o que pode incentivar o recrutamento e a retenção de profissionais (Buchan e Calman, 2004; Delamair *et al.*, 2010; WHO, 2016; Bryant-Lukosius e Martin-Misener, 2016).

A autonomia subjacente ao desempenho de PAE, por sua vez, é apontada como um dos fatores que mais contribui para a satisfação profissional dos enfermeiros. Athey *et al.* (2016) e Faraz (2016) afirmam que o nível de autonomia é o principal preditor da

satisfação profissional e da rotatividade entre enfermeiros. Nos EUA, por exemplo, os EPA tendem a fixar-se em estados onde a PAE compreende um maior grau de autonomia profissional (Kaplan *et al.*, 2012) o que é revelador da importância que esta tem para os enfermeiros.

Quando questionados acerca do impacto da PAE na satisfação profissional, 81% dos EE considerou que o desempenho de PAE influenciaria positivamente tanto a satisfação quanto a realização profissional, o que pode, em parte, ser explicado pelos fatores que estes profissionais consideram ser mais preponderantes na sua satisfação profissional: a remuneração (50.3%) e a autonomia (50%), à qual atribuíram a mesma ponderação/importância, seguida da possibilidade de progressão na carreira (36.6%). Estes achados convergem com os de Ryan *et al.* (2013) e de Poghosyan *et al.* (2017), Schiestel (2007) e De Milt *et al.*, (2011) que evidenciaram a compensação monetária, possibilidade de progressão na carreira, autonomia e independência no exercício da prática como os principais preditores de satisfação para os EPA.

Estes resultados têm particular importância no atual contexto - de elevada intenção de abandono profissional na profissão de enfermagem (Leone *et al.*, 2015); decréscimo no nº de estudantes de enfermagem, 19.773 em 2008 para 16.208 em 2019 (FFMS, 2019); diminuição no nº de vagas e nas médias de acesso ao curso de licenciatura em enfermagem, sinónimo de uma menor procura e do baixo estatuto social atribuído à profissão; crescentes taxas de imigração (OE, 2020), justificadas pela desmotivação profissional, busca de melhores salários e de oportunidades de progressão na carreira, inexistentes ou muito limitadas em Portugal (Pereira, 2016) – na medida em que permitem perceber as preferências dos profissionais e agir em conformidade para aumentar o nº de efetivos em enfermagem e a sua retenção.

Os EE parecem encarar a PAE como uma prática mais apelativa, autónoma e indutora da progressão e satisfação profissional, assim sendo, acredita-se que a sua implementação em Portugal poderá colmatar e contribuir para fazer face aos desafios atuais, contribuindo para inverter tendências que se poderão traduzir, a curto médio prazo, num *déficit* acentuado de enfermeiros.

CONCLUSÕES

Parece ser unânime para esta amostra de enfermeiros que a PAE deveria ser implementada em Portugal visto promover a eficiência otimizar os recursos existentes, promover a acessibilidade aos serviços de saúde e potenciar a produtividade. Os EE acreditam ainda que a implementação de PAE em Portugal é pertinente e viável, e que, não obstante existirem barreiras a ser superadas, ela é indispensável no contexto de prestação de cuidados de saúde em Portugal., sendo que a grande maioria aceitaria desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade, admitindo que tal poderia ter um impacto positivo na sua satisfação e realização profissional

Embora a maioria dos respondentes acredite que os EE estão capacitados para o desempenho de PAE reconhecem, ainda assim, a necessidade de alguma formação complementar e de legislação que defina e regule a PAE em Portugal.

Não obstante a disponibilidade para o exercício da PAE, boa parte dos EE acredita ser necessário um consenso generalizado entre dirigentes políticos, profissionais, utentes e sociedade civil, bem como a implementação de regulação específica que viabilize e regule o exercício de uma PAE abrangente. Consideram ainda impreterível uma mudança de paradigma social, que compreenda o reconhecimento da profissão, através da atribuição de incentivos remuneratórios que se coadunem com a responsabilidade inerente ao exercício de PAE, a possibilidade de progressão na carreira e atribuição de incentivos à formação profissional contínua.

Uma PAE assente na expansão do conhecimento da disciplina de Enfermagem, formação, investigação, prática baseada na evidência e liderança, em detrimento de uma assente na delegação de tarefas e competências de outros profissionais, reúne maior consenso entre esta amostra de enfermeiros, não obstante o reconhecimento de que existem tarefas médicas que poderiam ser delegadas a enfermeiros, tendo em vista a promoção da eficiência e a garantia da sustentabilidade financeira do SNS. Grande parte dos EE alega já desempenhar funções que podem, à luz da conceptualização internacional, ser classificadas com PAE.

3.3 Estudo III – Validação de um instrumento de recolha de dados para avaliar a aceitabilidade de desempenho de PAE por enfermeiros em Portugal.

A avaliação prévia do impacto social de uma qualquer medida política é indispensável. Ela facilita o planeamento e a implementação de projetos, melhorando a sua qualidade e sustentabilidade, ampliando a sua aceitação e senso de apropriação, e contribui, simultaneamente, para a maximização de benefícios, identificação e gestão de potenciais impactos sociais adversos (Kvam, 2017).

O envolvimento significativo das partes interessadas na avaliação do impacto de uma medida política, e na tomada de decisão, é indispensável e proporciona insumos ao processo decisório informado, na medida em que permite identificar e gerir riscos, subsidiar a implementação e desenvolvimento das medidas a ser adotadas e fortalecer a confiança e aceitação das mesmas, evitando ou reduzindo potenciais impactos adversos (Kvam, 2017).

No que concerne às políticas de recursos humanos em saúde, Rigoli e Dussault (2003) afirmam que os profissionais de saúde são actores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente para viabilizar ou frustrar políticas de saúde. Assim sendo, é crucial explorar reações individuais e coletivas às tentativas de reforma e compreender potenciais respostas por parte dos profissionais quando da implementação ou reformulação de políticas de RHS.

Isto porque é possível, conforme referido por Dussault e Dubois (2003), potenciar a aceitabilidade social das reformas mediante adaptação das políticas ao ambiente social e cultural, através de recurso a estratégias de educação ou marketing social, ou recorrendo à combinação de ambas.

São vários os fatores, enunciados pela literatura, que têm contribuído para a oposição ou cooperação dos enfermeiros no desenvolvimento e implementação de políticas de recursos humanos que envolvem a revisão de skil mix entre profissionais de saúde, nomeadamente entre médicos e enfermeiros, através da implementação de uma prática avançada de enfermagem, nomeadamente: a conceptualização de PAE; as preferências e os interesses dos profissionais; os valores, crenças e atitude dos enfermeiros face à PAE; a remuneração e regalias associadas ao desempenho de PAE; a possibilidade de progressão na carreira; a valorização das competências profissionais; a diminuição da carga horária e laboral, entre outros (Buchan e Calman, 2004; Delamaire *et al*, 2010,

Torrens *et al.*, 2020; Queirós, 2017; Almeida e Coelho, 2010)

Tendo em conta que a implementação de PAE em Portugal tem sido, desde há 10 anos a esta parte, reiteradamente proposta por políticos da saúde e consultores nacionais e internacionais (OMS, 2010; ERS, 2011, 2014; Buchan *et al.*, 20113; FCG, 2014; OPSS, 2018), existindo inclusive evidência que demonstra as mais-valias que daí poderiam advir (Barros *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2018), considerou-se pertinente aferir a opinião dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal, e identificar os factores que concorrem /condicionam a aceitabilidade de desempenho de PAE por estes profissionais, para assim prever comportamentos futuros. Não se conhecendo instrumentos prévios para se proceder a este levantamento de dados desenhou-se um questionário, dirigido a EE, para o efeito, sendo que o presente estudo se propõe validá-lo.

O presente estudo pretende dar continuidades ao estudo anterior (estudo II) e foi delineado com o objetivo de proceder à validação do instrumento de recolha de dados desenhado para avaliar a aceitabilidade de desempenho de PAE por enfermeiros em Portugal.

Trata-se de um estudo psicométrico, transversal, de natureza quantitativa (Pasquali, 2009).

MÉTODOS:

Participantes:

No que concerne aos participantes, e tendo em conta a pretensão do presente estudo de validar o instrumento de colheitas de dados empregue quando da realização do estudo II, a amostra utilizada é a mesma, ou seja, uma amostra obtida *online* de 372 enfermeiros especialistas, que acederam ao instrumento de recolha de dados via website da Ordem dos Enfermeiros, encontrando-se as características sociodemográficas descritas na tabela 10.

Instrumento:

O instrumento de colheita de dados é coincidente com o de estudo II, tendo a versão preliminar do mesmo o objetivo de avaliar crenças e atitudes dos EE face à implementação de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal, pelo que foi denominado Escala de Crenças e Atitudes face à Prática Avançada de Enfermagem (ECA-PAE). A ECA-PAE na sua versão preliminar é constituído por 45 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando entre -2 (Discordo totalmente) e 2 (Concordo totalmente). O instrumento é composto por itens que avaliam crenças relativas à

delegação de tarefas de médicos para EE e à implementação de PAE em Portugal, bem como por itens que aferem atitudes face ao desempenho de PAE. A composição do instrumento é apresentada na Tabela 19.

O processo de desenvolvimento deste instrumento centrou-se em 2 etapas: a) identificação de conceitos e aspetos inerentes à implementação de PAE - como sejam o papel dos EPA e as funções a serem desempenhadas, a regulação da prática profissional, as implicações políticas e multi/interdisciplinares, barreiras e facilitadores à implementação de PAE, etc.- e b) verificação da validade facial e dos itens que constituem a ECA-PAE (Schweigert, 1994).

A identificação dos conceitos bem como das condicionantes associadas à implementação, desenvolvimento e desempenho de PAE, foi realizada por meio de uma revisão da literatura de artigos publicados até o ano de 2018 nas bases de dados EBSCOhost (com acesso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete), ScienceDirect e PubMed, e consulta de documentos técnicos, sites governamentais e de associações profissionais, sempre que se considerou serem necessários esclarecimentos adicionais, sendo que para tal foram utilizados os descritores em ciências da saúde: “*Advanced Practice Nursing*” e “Prática Avançada de Enfermagem”.

A síntese dos aspetos identificados na literatura resultou em 45 itens, formando afirmações curtas, objetivas e claras. Em seguida, os itens identificados foram submetidos às etapas de validação aparente (facial) e de conteúdo (Schweigert, 1994), a um grupo-piloto composto por 17 enfermeiros especialistas (com experiência na área de administração, docência, investigação e gestão), com os quais se discutiu a adequação vocabular e a compreensão dos itens. Foram verificados, reestruturados e clarificados alguns dos itens propostos conforme sugestão dos EE consultados. Para evitar um potencial viés de aquiescência nas respostas, combinaram-se itens diretos e invertidos para controlar tendência do estilo de resposta (Suárez-Alvarez, *et al.*, 2018).

Tabela 19. Composição do instrumento administrado

Item	Descrição do conteúdo
ECA-PAE1	Existem tarefas, atualmente executadas por médicos, que podem ser executadas por enfermeiros (ex. acompanhamento de doentes crónicos).
ECA-PAE2	Existem funções atualmente desempenhadas por médicos que podem ser delegadas a enfermeiros com formação avançada (ex. acompanhamento de grávidas de baixo risco).
ECA-PAE3	A carga de trabalho atual dos enfermeiros impossibilita a delegação de mais funções aos enfermeiros.
ECA-PAE4	Os Enfermeiros portugueses não possuem competências para o desempenho de PAE
ECA-PAE5	Existe ambiguidade na terminologia PAE.
ECA-PAE6	O desempenho de PAE prevê a aquisição de competências específicas.
ECA-PAE7	Enquanto Enfermeiro Especialista sinto-me capacitado para o desempenho de PAE, no âmbito da minha especialidade.
ECA-PAE8	As competências adquiridas no âmbito da especialidade não são, por si só, suficientes para o desempenho de PAE.
ECA-PAE9	Enquanto Enfermeiro Especialista necessito de formação adicional para o desempenho de PAE
ECA-PAE10	A delegação de tarefas médicas a Enfermeiros Especialistas acarreta riscos (por ex. erro de prescrição ou diagnóstico) para os utentes dos Cuidados de Saúde.
ECA-PAE11	A expansão de competências dos Enfermeiros Especialistas acarreta oportunidades (por ex., potenciar disponibilidade médica para tarefas exclusivamente suas).
ECA-PAE12	A PAE, por Enfermeiros Especialistas, promove a eficiência na prestação de cuidados.
ECA-PAE13	A PAE, por Enfermeiros Especialistas, permite maximizar os recursos existentes nos serviços de saúde
ECA-PAE14	A implementação de PAE potencia a acessibilidade aos serviços de saúde.
ECA-PAE15	A PAE potencia a produtividade da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.
ECA-PAE16	A PAE potencia conflitos interprofissionais.
ECA-PAE17	A PAE deveria ser implementada em Portugal.
ECA-PAE18	A PAE em Portugal deveria apenas ser exercida pelos Enfermeiros Especialistas.
ECA-PAE19	Considero a implementação da PAE em Portugal pertinente

ECA-PAE20	Considero a implementação de PAE em Portugal dispensável.
ECA-PAE21	Considero a implementação de PAE em Portugal viável.
ECA-PAE22	No meu quotidiano profissional utilizo a totalidade das minhas competências enquanto enfermeiro especialista.
ECA-PAE23	A minha especialização capacitou-me para o desempenho de funções que atualmente não exerço.
ECA-PAE24	A carga de trabalho a que estou sujeito não me permite desempenhar outras funções que não as atuais.
ECA-PAE25	As minhas capacidades e competências estão subaproveitadas no meu local de trabalho
ECA-PAE26	Estou disponível para desempenhar funções para além daquelas que exerço atualmente.
ECA-PAE27	O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha realização profissional
ECA-PAE28	O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha realização profissional.
ECA-PAE29	O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha satisfação profissional.
ECA-PAE30	O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha satisfação profissional.
ECA-PAE31	No meu quotidiano profissional desempenho funções que podem ser classificadas como PAE.
ECA-PAE32	Gestão de lista própria de utentes, com respetivo planeamento de episódio de cuidados.
ECA-PAE33	Acompanhamento e referenciação de utentes de forma autónoma, em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.
ECA-PAE34	Triagem, em caso de doença aguda, por ex. mediante aplicação de fluxogramas de atuação.
ECA-PAE35	Prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico.
ECA-PAE36	Realização de diagnóstico diferencial de forma autónoma (pedidos de MCD, identificação de agravamento de estado clínico, identificação de contraindicações e precauções, etc.
ECA-PAE37	Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação.
ECA-PAE38	Gestão de doença crónica (DM, HTA, IRC, etc.) com referenciação e transferência de utentes entre nível de cuidados, dentro do sistema de saúde
ECA-PAE39	Supervisão e apoio a novos profissionais
ECA-PAE40	Participação em atividades de ensino e tutoria

ECA-PAE41	Funções de Gestão de serviços de saúde
ECA-PAE42	Participação no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, de normas, guidelines e protocolos clínicos de atuação
ECA-PAE43	Coordenação e Realização de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica.
ECA-PAE44	Projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências.
ECA-PAE45	Divulgação de evidência em Enfermagem mediante participação em conferências e redação de artigos em publicações da área de competência.

Procedimento:

A recolha de dados teve início após a aprovação do projeto de investigação pelo Conselho de Ética do IHMT UNL e do parecer positivo do Gabinete de Formação, Investigação e Desenvolvimento da Ordem dos Enfermeiros.

O formulário foi criado na plataforma Google Forms e disponibilizado via site Ordem dos Enfermeiros através do link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc7eLlzx_t3cyCivIAF0F91kxCXuCcqxoxK5I9Owr21izLJwA/viewform, e a técnica de amostragem usada foi não probabilística do tipo “*snowball*” (Bickman e Rog, 2008).

O questionário era composto por questões de resposta múltipla, sendo que o acesso ao mesmo obrigava à leitura da página de consentimento informado e “assinatura” (mediante clique em caixa de verificação) do mesmo.

Da página de consentimento informado constavam informações sobre o autor, objetivos e natureza voluntária do estudo, garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, sendo ainda facultadas instruções relativas ao preenchimento do questionário. Era solicitado aos respondentes que lessem atentamente cada uma das afirmações e que respondessem assinalando qual a afirmação ou afirmações que melhor descrevia (m) a sua posição face à temática em estudo. O tempo de preenchimento médio foi de 20 minutos, tendo a aplicação dos questionários decorrido entre maio e setembro de 2017.

Preparação dos dados e análise estatística:

Os dados foram armazenados em programa de Excel, codificados e posteriormente analisados com recurso ao SPSS versão 26. Face à obrigatoriedade de resposta no formulário, não se verificaram respostas em falta (missing values). Primeiramente foi

realizada a estatística descritiva dos 45 itens da ECA-PAE para a média, desvio-padrão, assimetria e curtose.

Para avaliar a validade de construto da ECA-PAE, foi realizada uma Análise de Componentes Principais (ACP), que permitiu examinar a estrutura interna, de forma a simplificar o entendimento da variabilidade dos itens. A estratégia de extração das componentes baseou-se nos critérios de Kaiser ($\text{eigenvalue} > 1$) e na análise do gráfico de declividade (scree plot) (Pires *et al.*, 2018). Foi utilizado o método de rotação ortogonal VARIMAX que minimiza o número de variáveis com saturação elevada em cada componente, simplificando a interpretação das componentes. Apenas os itens com valores de saturação $\geq 0,40$ foram considerados adequados (Cardoso, Pascoal e Rosa, 2018). Itens com baixas comunalidades ($h^2 < 0,30$), valores de saturação $< 0,40$ ou ambiguidade dos itens (valores de saturação $> 0,40$ em pelo menos duas componentes) foram eliminados (Costa *et al.*, 2018; Field, 2009). Em relação à fiabilidade, a consistência interna das componentes encontradas foi analisada com base em 3 critérios: a) no alfa de Cronbach (α); b) correlação média inter-item; c) Omega de McDonald (ω) (Pires *et al.*, 2019). O coeficiente Omega reflete o verdadeiro nível de fiabilidade, visto o seu valor não ser inflacionado pelo número de itens do instrumento (McDonald, 1999). Valores de alfa de Cronbach e Omega de McDonald $> 0,60$ (Hair *et al.*, 1995) e correlação média inter-item $[1,5- 5,0]$ (Clark e Watson, 1995) são indicadores de adequada consistência interna. Toda a análise estatística foi efetuada através do Statistical Package for Social Sciences (IBM-SPSS) V.26,0 para o sistema operativo Windows 64 bits para um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Estatística Descritiva

A Tabela 20 apresenta a estatística descritiva (média, desvio-padrão, assimetria e curtose) dos 45 itens da ECA-PAE

Tabela 20. Estatística descritiva dos itens da ECA-PAE

Item	M	DP	Assimetria	Curtose
ECA-PAE1	1.05	0.95	-1.06	0.88
ECA-PAE2	1.09	0.99	-1.14	0.88
ECA-PAE3	0.66	1.22	-0.54	-0.85
ECA-PAE4	-1.10	1.16	1.18	0.31
ECA-PAE5	0.38	0.98	-0.36	-0.25
ECA-PAE6	1.24	0.83	-1.34	2.27
ECA-PAE7	1.10	0.95	-1.26	1.52
ECA-PAE8	0.44	1.12	-0.52	-0.69
ECA-PAE9	0.61	1.05	-0.68	-0.23
ECA-PAE10	-0.36	1.13	0.31	-0.70
ECA-PAE11	0.65	1.07	-0.61	-0.25
ECA-PAE12	1.27	0.83	-1.60	3.59
ECA-PAE13	1.32	0.86	-1.62	3.11
ECA-PAE14	1.20	0.83	-1.11	1.60
ECA-PAE15	1.21	0.82	-1.33	2.74
ECA-PAE16	-0.09	1.13	-0.04	-0.91
ECA-PAE17	1.15	0.92	-1.30	1.89
ECA-PAE18	1.00	1.05	-0.91	0.13
ECA-PAE19	1.19	0.88	-1.44	2.73
ECA-PAE20	-1.08	1.00	1.18	1.13
ECA-PAE21	0.83	0.93	-0.86	0.85
ECA-PAE22	-0.13	1.24	0.28	-1.19
ECA-PAE23	0.75	1.16	-0.77	-0.35
ECA-PAE24	0.45	1.09	-0.43	-0.76
ECA-PAE25	0.89	1.09	-0.87	-0.09
ECA-PAE26	1.06	0.85	-1.03	1.50
ECA-PAE27	1.08	0.86	-1.00	1.29

ECA-PAE28	-1.27	0.88	1.36	1.99
ECA-PAE29	1.09	0.82	-0.98	1.63
ECA-PAE30	-1.30	0.85	1.39	2.34
ECA-PAE31	0.70	0.96	-0.78	0.34
ECA-PAE32	0.62	0.99	0.05	-0.97
ECA-PAE33	0.54	1.04	-0.10	-0.70
ECA-PAE34	0.50	1.08	-0.12	-0.71
ECA-PAE35	0.21	1.10	0.00	-0.72
ECA-PAE36	0.22	1.07	-0.04	-0.58
ECA-PAE37	0.45	1.04	-0.27	-0.35
ECA-PAE38	0.61	1.00	-0.31	-0.31
ECA-PAE39	1.20	0.85	-0.69	-0.30
ECA-PAE40	1.20	0.86	-0.58	-0.92
ECA-PAE41	0.92	1.03	-0.55	-0.57
ECA-PAE42	1.04	0.90	-0.60	-0.09
ECA-PAE43	0.93	0.92	-0.36	-0.79
ECA-PAE44	1.03	0.90	-0.40	-0.86
ECA-PAE45	0.98	0.94	-0.47	-0.75

Verificou-se que o item 13 foi o que apresentou uma média de concordância superior ($M = 1,32$). Já o item 30 apresentou maior discordância média ($M = -1,0$). Em termos de variabilidade, os itens com menor variabilidade foram os itens 15 e 29 ($DP = 0,82$). O item 22 apresentou o valor de dispersão mais elevado ($DP = 1,24$). Em relação à assimetria e curtose, tal como se pode observar na tabela 20, os itens apresentam uma distribuição aproximada à distribuição normal, visto estarem dentro do intervalo -2 e 2 (George e Mallery, 2013).

Validade de Constructo:

Seguindo as recomendações de Gorsuch (1983) foi garantido um rácio participantes-item superior a 5:1 para a realização da ACP. Com base nos valores de assimetria e curtose, a normalidade foi assumida. Não foram encontrados problemas de multicolinearidade,

apresentando todos os itens da escala um Variance Inflation Factor (VIF) <10,0 (Anderson, Tatham, e Black, 1995). O valor KMO de 0,89 apoiou a adequabilidade da amostra para a realização da ACP. A significância do teste de esfericidade de Bartlett [$\chi^2(990) = 10529.39$; $p < 0,001$] revelou que as correlações entre os itens eram adequadas para conduzir uma ACP.

Os resultados finais da ACP apontaram uma solução de seis componentes, consistindo em 32 itens: Componente 1 - Crenças relativamente à PAE (10 itens: 2, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21); Componente 2 - Expansão de competências de enfermagem (7 itens: 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45); Componente 3- Delegação de competências médicas (5 itens: 33, 34, 35, 36, 37), Componente 4 - Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional (4 itens: 20, 28, 29, 30); Componente 5-Competências para a PAE (3 itens: 6, 8, 9), Componente 6 - Disponibilidade para o desempenho de outras funções (3 itens: 22, 25, 26,) que, no conjunto, explicam 66.15% da variância total, acima do valor recomendado de 50% (Streiner, 1994). A ACP inicial revelou baixos valores de saturação para o item 31, bem como a presença de itens ambíguos (item 1, 3, 7, 23, 24, 27, 38 e 32), tendo estes sido, por isso, removidos. O processo iterativo até à estrutura final estável com seis componentes levou à remoção de mais 4 itens (os itens 4, 5, 16, 10 que saturavam, cada um, numa componente única).

Tabela 21 - Estrutura final da ECA-PAE via Análise de Componentes Principais com Rotação Varimax e respectivas comunalidades

Itens	Componente						h2
	1	2	3	4	5	6	
Item 12	.866						.794
Item 15	.842						.780
Item 13	.834						.756
Item 14	.803						.707
Item 19	.757						.745
Item 17	.730						.706
Item 21	.612						.455
Item 11	.564						.398
Item 18	.555						.371
Item 2	.518						.434
Item 42		.883					.800
Item 44		.880					.822
Item 43		.880					.808
Item 45		.863					.793
Item 40		.839					.741
Item 39		.766					.641
Item 41		.763					.607
Item 35			.876				.833
Item 36			.834				.786
Item 37			.779				.729
Item 34			.656				.581
Item 33			.606				.548
Item 30 (i)				-.839			.852
Item 28 (i)				-.833			.806

No total foram excluídos 13 itens da escala inicial composta por 45 itens. Os valores das comunalidades foram elevados (todos $h^2 > 0,30$) indicando que a variância dos itens é devidamente explicada pelas componentes.

Como apresentado na tabela 22, as correlações entre algumas das componentes foram moderadas ($r_{C1C3} = -0,377$, $r_{C1C6} = -0,500$), sugerindo a não-ortogonalidade entre estas componentes.

Tabela 22. Matriz de Correlação entre as componentes da ECA-PAE

	C1	C2	C3	C4	C5	C6
C1	-					
C2	.194	-				
C3	-.377	-.293	-			
C4	.146	-.009	-.004	-		
C5	.037	.072	-.060	-.013	-	
C6	-.500	-.212	.302	.079	-.157	-

C1: Crenças relativamente à PAE; C2: Expansão de competências de Enf; C3: Delegação de competências médicas; C4: Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional; C5: Competências para PAE; C6: Disponibilidade para o desempenho de outras funções.

Fiabilidade

Em termos de fiabilidade (Tabela 23), e de acordo com os valores de alfa de Cronbach, a consistência interna das componentes da ECA-PAE foi considerada adequada ($>0,60$; DeVellis, 1991), exceto para a componente “Disponibilidade para o desempenho de outras funções” ($\alpha = 0,54$). No entanto com base no valor do Omega de McDonald, preferível em relação ao alfa de Cronbach, por ser baseado nos valores de saturação padronizados e no erro de medição de cada item, produzindo melhores estimativas da verdadeira fiabilidade (Chin, 1998), todas as subescalas ECA-PAE apresentaram valores acima 0,60, o que indica adequada fiabilidade. No que respeita às correlações médias inter-item, algumas subescalas indicaram valores ligeiramente acima dos adequados [0,15 – 0,50] revelando alguma redundância dos itens que as constituem (Clark e Watson, 1995).

Tabela 23 -.Fiabilidade das subescalas da ECA-PAE

Subescala	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	Correlação Média Inter-item
C1- Crenças relativamente à PAE	.91	.90	.52
C2- Expansão de competências de enfermagem	.94	.94	.69
C3 - Delegação de competências médicas	.89	.87	.61
C4 - Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional	.85	.86	.59
C5 - Competências para a PAE	.61	.68	.33
C6- Disponibilidade para o desempenho de outras funções	.54	.65	.28

Os resultados encontrados para a fiabilidade, sustentaram a criação de índices (scores), computados com base na soma das classificações aos itens que compõem cada subescala.

Resultados da amostra total nas subescalas da ECA-PAE

Após a ACP e análise de fiabilidade das subescalas da ECA-PAE, foi calculado o resultado de cada inquirido para cada subescala considerada fiável. O cálculo constituiu na soma das respostas aos itens que compõem cada subescala. A tabela 24 indica a média, desvio padrão, mínimo e máximo, obtidos para as respetivas subescalas da ECA-PAE na amostra total.

Tabela 24 -. Resultados da amostra total das dimensões da ECA-PAE (N=372)

Score Subescala	M	DP	MIN	MAX
C1 - Crenças relativamente à PAE	10.91	6.86	-20.00	20.00
C2 - Expansão de competências de enfermagem	12.46	10.54	-13.00	32.00
C3 - Delegação de competências médicas	1.93	4.42	-10.00	10.00
C4 - Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional	4.74	2.96	-8.00	8.00
C5 - Competências para a PAE	2.28	2.25	-5.00	6.00
C6 - Disponibilidade para o desempenho de outras funções	2.08	2.32	-6.00	6.00

Os resultados mostram que a média dos scores de todas as subescalas localiza-se no espectro de valores positivos, o que indica que, em média, a amostra obteve concordância em termos de crenças relativamente à PAE, posição relativamente à expansão de competências de enfermagem e delegação de tarefas médicas, impacto da PAE na satisfação profissional, competências indispensáveis ao desempenho de PAE e disponibilidade para o desempenho de funções acrescidas, assumindo uma posição aparentemente homogénea.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Os resultados revelaram que o instrumento ECA-PAE se organiza em 6 dimensões, sendo, portanto, multidimensional, e indicaram igualmente homogeneidade de todas as subescalas, apresentando-se a correlação média inter-item ligeiramente acima dos valores ideais (Clark e Watson, 1995; Pires *et al.*, 2018). No entanto, embora alguns autores defendam que valores entre 0,15 e 0,50 sejam adequados (Clark e Watson, 1995), outros defendem que apenas quando a correlação média entre itens for superior a 0,70, é indicador de redundância (Ponterotto e Ruckdeschel, 2007). Assim sendo, e visto a correlação média inter-item mais elevada ser 0,69, consideramos da homogeneidade das subescalas resultados satisfatórios.

Os resultados reforçam assim que a ECA-PAE pode constituir-se um instrumento válido na avaliação de crenças e atitudes dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal, permitindo caracterizar e diferenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE

pelos enfermeiros em contextos clínicos, de docência e de investigação.

Sendo este estudo um contributo inicial para o estudo das propriedades psicométricas da ECA-PAE, apresenta algumas limitações e os resultados devem ser interpretados com precaução.

Primeiro, a amostra foi selecionada através de uma técnica de amostragem não probabilística (snowball) e, pelo facto de não ser representativa, os resultados têm um carácter marcadamente exploratório. Segundo, serão necessários estudos que confirmem a estrutura encontrada (Análise Fatorial Confirmatória) e que avaliem a estabilidade temporal do instrumento (fiabilidade teste-reteste).

3.4 Estudo IV - Preditores de aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada de Enfermagem em Portugal

Parece existir uma crescente anuência, não só por parte da comunidade científica mas também por dirigentes políticos e gestores da saúde em Portugal, relativamente ao contributo que uma prática de enfermagem mais alargada, isto é, que compreenda um leque mais vasto de competências, funções, tarefas e papéis atribuídos aos enfermeiros, pode ter em termos de promoção da acessibilidade aos cuidados de saúde, promoção da eficiência e garantia da sustentabilidade financeira do SNS (ERS, 2011, 2014; Dussault e Fronteira, 2016; FCG, 2014; Buchan *et al.*, 2013; Barros, 2011)

Contudo uma expansão do campo de exercício profissional da enfermagem que compreenda a avocação de tarefas e competências de outros profissionais, nomeadamente médicos, a enfermeiros é fracturante entre a comunidade de enfermagem, e não reúne consenso entre estes profissionais, na medida em que colide com uma questão nevrálgica que permanece na enfermagem, a visão dicotómica de uma perspectiva “mais biomédica” ou uma abordagem “mais humanista” (Queirós, 2017; Peixoto e Peixoto, 2011; Almeida e Coelho, 2010).

Assim, enquanto alguns profissionais encaram uma eventual política de *task shifting* entre médicos e enfermeiros como um processo natural de evolução da profissão, e parte integrante de uma Prática Avançada de Enfermagem (PAE), tendo em conta o actual contexto social e económico, e a escassez de profissionais vaticinada por toda a comunidade internacional (Lopes *et al.*, 2018; Barreira, 2019), outros encaram-na como uma forma de desvirtuar a PAE, transformando-a numa prática biomédica, desprovida da idoneidade científica, do campo de ação próprio e da autonomia inerentes à prática de Enfermagem (Queirós, 2017; Almeida e Coelho, 2010).

A comunidade científica internacional reconhece aos Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) aptidão clínica, elevada capacidade de decisão para uma prática mais alargada e expandida (avançada), competências para antecipar e gerir situações complexas de problemas de saúde, reais e potenciais, o que lhes confere legitimidade e autonomia para realizar tarefas e procedimentos tradicionalmente considerados de exclusividade médica, tais como realização de diagnóstico, prescrição de medicação e tratamentos, privilégios de admissão, alta e referenciação de doentes entre níveis de cuidados, entre outros (ICN, 2018, DoH, 2010, RCN, 2019; Pulcini, 2009). Contudo, muitos profissionais, professores

e consultores de Enfermagem, em Portugal, consideram que a prática de enfermagem deve avançar num contexto disciplinar que corresponda a “mais enfermagem na Enfermagem” (Paiva, 2007; Queirós, 2017; Almeida e Coelho, 2010) em detrimento de “mais medicina na enfermagem”, não só por considerarem que a saúde é um fenómeno complexo e multidisciplinar que não pode ser reduzido a uma visão unidisciplinar, isto é médica (Almeida e Coelho, 2010; Peixoto e Peixoto, 2011), mas por acreditarem que “*If we treat nurses as “minidoctors” then patients will lose the enormous benefits that only nurses can offer*” (Casey e Smith, 1997, p. 617). Os enfermeiros parecem assim escudar-se na declaração de Nightingale (1860), “*I use the Word nursing for want of a better[...] medicine, that so far as we know, assists nature remove the obstruction, but does nothing more.*”

Alguns enfermeiros parecem ainda olhar para a prática avançada de enfermagem com desconfiança por a encararem como uma aposta política na troca de profissionais de saúde melhor remunerados (médicos) por outros pior remunerados (enfermeiros) (Almeida e Coelho, 2010; Peixoto e Peixoto, 2010).

A discussão de uma prática mais expandida e avançada, entre a comunidade de enfermagem portuguesa, parece girar em torno das terminologias prática avançada de enfermagem ou prática de enfermagem avançada (Almeida e Coelho, 2010), estando a primeira associada a uma especialização e qualificação dos enfermeiros para uma prática médica que envolve a prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, semelhante à do *nurse practitioner*, e a segunda associada à noção de perito ou especialista, e a uma filosofia disciplinar de desenvolvimento da prática de enfermagem assente em pilares como sejam o conhecimento disciplinar, a investigação, a liderança, a prática baseada na evidência e a implementação de mudança, tendo em vista a expansão do conhecimento disciplinar, a sua aplicação prática e avaliação dos seus resultados em saúde através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Almeida e Coelho, 2010).

Não obstante as discussões, fundamentalmente epistemológicas, em torno da definição de prática avançada de enfermagem a posição dos enfermeiros quanto à implementação desta prática em Portugal encontra-se, ainda, pouco documentada.

Assim, após a realização de um primeiro estudo (estudo II) que procurou, através da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE, captar a opinião dos enfermeiros

especialistas⁵ face a uma possível modificação do skill mix entre médicos e enfermeiros, mediante implementação de PAE em Portugal, que evidenciou uma elevada aceitabilidade, por parte dos EE para o desempenho desta prática, e uma vez provada a validade do instrumento construído para avaliar as crenças e atitudes dos enfermeiros face a implementação de PAE em Portugal (estudo III), considerou-se pertinente explorar a existência de um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE entre EE, tendo em vista conhecer os factores que poderão ter impacto na disponibilidade dos enfermeiros para o exercício de PAE, e que deverão ser levadas em consideração caso se opte por uma política de revisão de competências e distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros, atendendo a que a viabilidade e sucesso de implementação de políticas de recursos humanos que envolvam a redistribuição de tarefas entre profissionais de saúde está fortemente dependente da aceitabilidade social dos stakeholders envolvidos (Dussault *et al.*, 2003; Buchan e Calman, 2004).

OBJETIVO:

O presente estudo propôs-se explorar a existência de um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE entre enfermeiros especialistas em Portugal, bem como analisar as características sociodemográficas, crenças e atitudes face à PAE que mais contribuem para a aceitabilidade de desempenho desta prática ajustando, para tal, um modelo de regressão ordinal, em que a variável critério (resposta) é a aceitabilidade de desempenho de PAE no âmbito da especialidade.

MÉTODOS:

Tipo de estudo e amostra:

O estudo, quantitativo, transversal, comparativo e preditivo (Paranhos *et al.*, 2013; Shmueli, 2010) pretende dar continuidade e complementar os dois estudos anteriores, através da exploração de um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE por EE que permita prever a disponibilidade dos EE para o desempenho de PAE, tendo em vista antecipar resultados futuros.

Assim sendo, teve por base o instrumento de dados (questionário) e a amostra de 372 enfermeiros utilizados anteriormente nos estudos II e III, estando as características

⁵ De referir que foco nos EE prendeu-se com o facto de a PAE, em Portugal, surgir associada à noção de perito e de especialistas (Queirós 2015, 2017; Lopes *et al.* 2018) e por serem estes os profissionais de enfermagem que apresentam qualificações mais próximas daquelas definidas pelo ICN para o desempenho de PAE.

sociodemográficas da amostra descritas na tabela 10, do estudo II.

Variáveis em estudo:

As variáveis em estudo utilizadas na análise estatística foram as seguintes:

Informação sociodemográfica - género, idade, nacionalidade, formação académica e existência de dependentes.

A Informação profissional - categoria profissional, tempo de exercício profissional (anos), especialidade do enfermeiro, tempo de especialidade (anos), exercício da especialidade, horas de trabalho, exercício de funções em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e duplo emprego.

A Familiaridade com o termo Prática Avançada em Enfermagem era avaliada através da questão “Já alguma vez ouviu falar de Prática Avançada em Enfermagem”, com resposta dicotómica (sim vs não)

As crenças relativamente às Condições facilitadoras da implementação de Prática Avançada em Enfermagem foram avaliada através da questão “Que condições considera mais facilitadoras da implementação de Prática Avançada em Enfermagem em Portugal”, tendo sido analisadas as três condições mais frequentes, [Diferenciação da Profissão de enfermagem em Portugal (n=155); Clarificação do conceito prática avançada em enfermagem (n=133); Clarificação das funções a serem desempenhadas pelos enfermeiros com prática avançada em enfermagem (n=243).

A opinião relativamente às Condicionantes da implementação de PAE foram avaliadas com a questão “Que condições podem, na sua opinião, condicionar a aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada em Enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Portugal?”, tendo sido examinadas as condições mais frequentes [Aceitabilidade interprofissional (n= 159); Apoio político (Ministério da Saúde, ACSS, ARS) (n= 154); Incentivos Remuneratórios (n = 176)].

As crenças e atitudes face à Prática Avançada de Enfermagem foram avaliadas mediante recurso à escala de Crenças e Atitudes face à Prática Avançada de Enfermagem (ECA-PAE), um instrumento multidimensional, constituído por 32 itens (afirmações), organizados em seis dimensões, conforme descritos em 5.3: A dimensão “Crenças relativamente à PAE”, composta por 10 itens (2, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21); A dimensão “Expansão de competências de enfermagem” composta pelos itens 39, 40, 41,

42, 43, 44, 45; A dimensão “Delegação de competências médicas” que integra os ítems: 33, 34, 35, 36, 37; a Dimensão “Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional” que integra os ítems 20, 28, 29, 30; a dimensão “Competências para a PAE” constituída pelos ítems: 6, 8, 9; a dimensão “Disponibilidade para o desempenho de outras funções” composta pelos ítems 22, 25 e 26. A escala de resposta é tipo Likert de 5 pontos, variando entre -2 (Discordo totalmente) e 2 (Concordo totalmente). Os ítems 20, 28, e 30 têm cotação invertida. No presente estudo, as seis dimensões deste instrumento apresentaram uma fiabilidade adequada (consistência interna), variando o valor de ómega de McDonald entre 0,65 (Disponibilidade para o desempenho de outras funções) e 0,94 (Expansão de competências de enfermagem).

Tabela 25. Descrição dos ítems que compõe cada dimensão da ECA-PAE

Crenças relativamente à PAE
Existem funções atualmente desempenhadas por médicos que podem ser delegadas a enfermeiros com formação avançada.
A expansão de competências dos EE acarreta oportunidades.
A PAE, por EE, promove a eficiência na prestação de cuidados.
A PAE, por EE, permite maximizar os recursos existentes nos serviços de saúde.
A implementação de PAE potencia a acessibilidade aos serviços de saúde.
A PAE potencia a produtividade da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.
A PAE deveria ser implementada em Portugal.
A PAE em Portugal deveria apenas ser exercida por EE.
Considero a implementação da PAE em Portugal pertinente
Considero a implementação de PAE em Portugal viável.
Expansão de competências de enfermagem
Supervisão e apoio a novos profissionais
Participação em atividades de ensino e tutoria
Funções de Gestão de serviços de saúde
Participação no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, de normas, guidelines e protocolos clínicos de atuação
Coordenação e Realização de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica.

Projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências.

Divulgação de evidência em Enfermagem mediante participação em conferências e redação de artigos em publicações da área de competência.

Delegação de Competências Médicas

Acompanhamento e referência de utentes de forma autónoma, em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.

Triagem, em caso de doença aguda, por ex. mediante aplicação de fluxogramas de atuação.

Prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico.

Realização de diagnóstico diferencial de forma autónoma (pedidos de MCD, identificação de agravamento de estado clínico, identificação de contraindicações e precauções, etc.

Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação.

Impacto da PAE na realização/ satisfação profissional

Considero a implementação de PAE em Portugal dispensável

O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha realização profissional.

O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha satisfação profissional.

O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha satisfação profissional.

Competências para a PAE

O desempenho de PAE prevê a aquisição de competências específicas.

As competências adquiridas no âmbito da especialidade não são, por si só, suficientes para o desempenho de PAE.

Enquanto Enfermeiro Especialista necessito de formação adicional para o desempenho de PAE.

Disponibilidade para o desempenho de outras funções

No meu quotidiano profissional utilizo a totalidade das minhas competências enquanto enfermeiro especialista.

As minhas capacidades e competências estão subaproveitadas no meu local de trabalho

Estou disponível para desempenhar funções para além daquelas que exerço atualmente.

A Aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada de Enfermagem: foi avaliada através de uma única questão “Aceitaria desempenhar funções de Prática Avançada em Enfermagem no âmbito da minha especialidade”, que compreendia uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos que variava entre Discordo totalmente (-2) e Concordo

totalmente (2), sendo esta a variável dependente (*outcome*).

Preparação de dados e análise estatística:

Após a exportação dos dados a partir do google Forms, os mesmos foram armazenados em formato.xlsx, codificados e, posteriormente, exportados para o IBM-SPSS versão 26, com acesso restrito apenas aos autores do presente trabalho.

Primeiramente, foi realizada uma análise bivariada através do teste de qui-quadrado para as variáveis qualitativas e da Análise de Variância (ANOVA) para as variáveis quantitativas, com o objetivo de comparar se as características sociodemográficas, profissionais, opiniões sobre facilitamento/condicionamento da PAE e aos scores das dimensões da ECA-PAE diferiam para as diferentes categorias de aceitabilidade da PAE (discordo totalmente vs discordo vs nem discordo, nem concordo vs concordo vs concordo totalmente). Os testes post-hoc para o qui-quadrado foram avaliados com base nos resíduos padronizados ajustados (Z) e para a ANOVA aplicou-se a comparação múltipla de médias com a correção de Bonferroni. Seguidamente, todas as variáveis que apresentassem um $p < .10$ foram incluídas no modelo de regressão ordinal (Ranganathan, Pramesh, e Aggarwal, 2017), tendo como variável critério (dependente) a aceitabilidade da PAE. As variáveis preditoras que apresentassem problemas de multicolinearidade ($VIF > 5$) seriam excluídas do modelo (Carvalho, Rosa e Pereira, 2018; Rogerson, 2001). A escolha por uma regressão logística ordinal incide na capacidade deste modelo lidar com dados ordinais. Na regressão ordinal foi utilizada a função de ligação logit. O teste de Wald, o Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC) foram calculados para todas as 20 potenciais variáveis preditoras modeladas (Rosa, *et al.*, 2018). Toda a análise de dados foi realizada no programa IBM SPSS versão 26 para uma significância estatística de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

Fatores sociodemográficos e aceitabilidade da PAE

Tal como apresentado na tabela 26, não se verificou nenhum efeito estatisticamente significativo dos fatores sociodemográficos na aceitabilidade da PAE (todos os ps $> 0,05$). O fator formação académica não foi testado visto não ter preenchido os requisitos mínimos para o teste do Qui-quadrado devido ao excesso de células vazias (Cochran, 1952, 1954).

Tabela 26. Aceitabilidade da PAE em função dos fatores sociodemográficos

	Aceitabilidade da PAE					χ^2
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
			<i>discordo, nem</i>	<i>concordo</i>		
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<i>Género</i>						
Masculino	2(28,6)	2(8,2)	5(20,8)	39(23,4)	60(36,8)	8,81
Feminino	5(71,4)	9(81,8)	19(79,2)	128(76,6)	103(63,2)	
<i>Nacionalidade</i>						
Portuguesa	7(100,0)	11(100,0)	24(100,0)	164(98,2)	162(99,4)	1.60
Outra	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(1,8)	1(0,6)	
<i>Dependentes</i>						
Sim	6(85,7)	8(72,7)	12(50,0)	105(62,9)	100(62,1)	3,76
Não	1(14,3)	3(27,3)	12(50,0)	62(37,1)	63(38,7)	
			<i>Nem</i>			<i>F</i>
	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>discordo, nem</i>	<i>concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Idade	44,43(7,09)	39,2(6,19)	39,58(8,10)	41,78(8,32)	40,64(03)	1.01

Fatores profissionais e aceitabilidade da PAE

Os resultados revelaram, apenas, uma associação significativa entre trabalhar em UCI e a aceitabilidade da PAE ($\chi^2 = 10,22$; $p = 0,037$, verificando-se, naqueles que concordaram totalmente com a aceitabilidade de desempenho de PAE, uma maior proporção de enfermeiros que não trabalham na UCI ($Z=2,4$) comparativamente aqueles que trabalhavam na UCI ($Z= -2,4$), ver tabela 27. No entanto, naqueles que só concordaram, foi encontrada uma maior proporção de enfermeiros que trabalham na UCI ($Z=2,1$) do que aqueles que não trabalhavam ($Z=-2,1$). Não se verificaram diferenças significativas de proporção entre quem trabalha ou não na UCI para as outras categorias de aceitabilidade da PAE (ver tabela 27).

Tabela 27. Aceitabilidade da PAE em função dos fatores profissionais em estudo

	Aceitabilidade da PAE					χ^2
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
			<i>discordo, nem</i>	<i>concordo</i>		
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<i>Categoria profissional</i>						
Enfermeiro	2(28,6)	4(36,4)	11(45,8)	63(37,4)	75(46,0)	7.58
Enfermeiro Graduado	3(42,9)	4(36,4)	5(20,8)	44(26,3)	37(22,7)	
Enfermeiro Especialista	1(14,3)	3(27,3)	5(20,8)	47(28,1)	38(23,3)	
Enfermeiro chefe	1(14,3)	0(0,0)	3(12,5)	12(7,2)	12(7,4)	
Enfermeiro supervisor	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,6)	1(0,6)	
<i>Especialidade</i>						
Enf, Comunitária	4(57,1)	3(27,3)	1(4,2)	26(15,8)	34(21,0)	0,62
Enf. Médico-Cirúrgica	1(14,3)	2(18,2)	8(33,3)	57(34,1)	43(26,5)	
Enf. de Reabilitação	0(0,0)	3(27,3)	9(37,5)	38(22,8)	32(19,8)	
Enf. de Saúde Infantil e Pediátrica	1(14,3)	2(18,2)	4(16,7)	14(8,4)	20(12,3)	
Enf. De Saúde Materna e Obstétrica	1(14,3)	0(0,0)	1(4,2)	21(12,6)	23(14,3)	
Enf. de Saúde Mental e Psiquiátrica	0(0,0)	1(9,1)	1(4,2)	11(6,6)	10(6,2)	
<i>Exercício da especialidade</i>						
Sim	5(71,4)	8(72,9)	15(62,5)	115(68,9)	109(66,9)	0,62
Não	2(28,6)	38(27,3)	9(37,5)	52(31,1)	54(33,1)	
<i>Serviço na UCI</i>						
Sim	0(0,0)	18(9,1)	7(29,2)	36(21,6)	19(11,7)	10,22*
Não	7(100,0)	10(90,9)	17(70,8)	131(78,4)	144(88,3)	
<i>Duplo emprego</i>						
Sim	3(42,9)	3(27,3)	10(41,7)	54(32,3)	50(30,7)	1.65
Não	4(57,1)	8(72,7)	14(58,3)	113(67,7)	113(69,3)	

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem discordo, nem concordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	<i>F</i>
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
<i>Tempo de exercício da profissão (anos)</i>	22,71 (6,63)	17,09 (5,97)	16,92 (7,90)	18,92 (8,33)	17,99 (8,07)	1.05
<i>Tempo de especialidade (anos)</i>	9,29 (9,62)	6,91 (4,87)	5,54 (3,97)	7,76 (6,44)	7,03 (5,80)	1.03
<i>Horas de trabalho</i>	36,43 (2,44)	34,18 (4,62)	37,29 (2,54)	37,07 (3,06)	37,02 (84,16)	1.78

Legenda: * p< 0,05

Familiaridade e a aceitabilidade da PAE

Os resultados não indicaram uma associação significativa entre o a familiaridade com o termo PAE e a aceitabilidade de desempenho de PAE $\chi^2 = 6,18$; $p=0,186$.

Tabela 28 - Associação entre familiaridade e a aceitabilidade da PAE

	Aceitabilidade da PAE					χ^2
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem discordo, nem concordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Familiaridade com termo PAE</i>						
Sim	6 (85,7)	7(63,6)	13(54,2)	120(71,9)	124(76,1)	6,18
Não	1(14,3)	4(36,4)	11(45,8)	47(28,1)	39(23,9)	

Condições facilitadoras (alavancas) da implementação e a aceitabilidade da PAE

Os resultados mostraram apenas uma associação significativa entre a necessidade de clarificação do conceito PAE e a aceitabilidade da PAE $\chi^2 = 21,79$; $p<0,001$. Dos enfermeiros que concordaram totalmente com a aceitabilidade da PAE, verificou-se uma

menor proporção de enfermeiros que afirmaram que a clarificação do conceito PAE seria uma condição facilitadora ($Z = -4,4$) comparativamente àqueles que não referiram ($Z = 4,4$). No entanto, para os enfermeiros que concordaram e os que não discordaram nem concordaram da aceitabilidade da PAE, constatou-se uma menor proporção de enfermeiros que não mencionaram que a clarificação do conceito PAE seria uma condição facilitadora (ambos $Z < -2$) em relação aos que mencionaram que a clarificação seria facilitadora. Para as outras condições facilitadoras, não se verificaram associações significativas com a aceitabilidade da PAE (tabela 29).

Tabela 29. Associação entre condições facilitadoras e a aceitabilidade da PAE

	Aceitabilidade da PAE					χ^2
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem</i>		<i>Concordo totalmente</i>	
			<i>discordo, nem</i>	<i>concordo</i>		
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<i>Diferenciação da Profissão de enfermagem em Portugal</i>						
Sim	3(42,9)	8(72,7)	6(25,0)	67(40,1)	71(43,6)	7,51
Não	4(57,1)	3(17,3)	18(75,0)	100(59,9)	92(56,4)	
<i>Clarificação do conceito PAE</i>						
Sim	3(42,9)	4(36,4)	14(58,3)	74(44,3)	38(23,3)	21,79**
Não	4(57,1)	7(63,6)	10(41,7)	93(55,7)	125(76,7)	*
<i>Clarificação das funções a serem desempenhadas pelos enfermeiros com PAE</i>						
Sim	6(85,7)	9(81,8)	19(79,2)	110(65,9)	101(62,0)	5,47
Não	1(14,3)	7(18,2)	10(20,8)	93(34,1)	125(38,0)	

Legenda: * $p < ,001$

Condicionantes da implementação de PAE em Portugal e aceitabilidade da PAE

A tabela 30 mostra que não se verificou nenhuma associação estatisticamente significativa entre as condicionantes da implementação de PAE e a aceitabilidade de desempenho de PAE (todos os ps > 0,05).

Tabela 30 - Associação entre as condicionantes da implementação e a aceitabilidade da PAE

	Aceitabilidade da PAE					χ^2
	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	
			<i>discordo, nem concordo</i>			
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<i>Aceitabilidade interprofissional</i>						
Sim	0(0,0)	4(36,4)	12(50,0)	67(40,1)	60(45,4)	6,84
Não	7(100,0)	7(63,6)	12(50,0)	100(59,9)	89(54,6)	
<i>Apoio político</i>						
Sim	3(42,9)	6(54,5)	7(29,2)	69(41,3)	69(42,3)	2,32
Não	4(57,1)	5(45,5)	17(70,8)	98(58,7)	94(57,7)	
<i>Incentivos Remuneratórios</i>						
Sim	4(57,1)	4(36,4)	8(33,3)	79(47,3)	81(49,7)	3,05
Não	3(42,9)	7(63,6)	16(66,7)	88(52,7)	82(51,3)	

Crenças e atitudes face à PAE e aceitabilidade de desempenho de PAE

Os resultados da ANOVA indicaram que as crenças e atitudes relativamente à implementação de PAE diferem significativamente entre os níveis de aceitabilidade $F=150,01$, $p < 0,001$). Enfermeiros com maiores scores na subsescala de crenças relativas à implementação de PAE apresentam maior grau de concordância na aceitabilidade de desempenho de PAE. No que concerne às crenças relacionadas com a Expansão de competências de enfermagem, foram encontradas diferenças significativas $F=34,79$, $p < 0,001$). A comparação múltipla de médias com a correção de Bonferroni indicou que o score da subsescala “Expansão de competências de enfermagem” foi maior nos enfermeiros que apresentaram maior concordância com a aceitabilidade de desempenho

de PAE comparativamente aos que apresentaram menores níveis de concordância.

Sobre o score na subescala de delegação de competências médicas foram verificadas diferenças significativas em função do nível de concordância com a aceitabilidade $F=20,21$ $p < 0,001$).

A comparação múltipla de médias indicou um padrão semelhante à expansão de competências, isto é, o score da subescala delegação de competências médicas foi maior nos enfermeiros que concordaram totalmente com a aceitabilidade da PAE em comparação a todos os outros níveis de concordância, exceto para aqueles que discordaram totalmente.

Em relação ao Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional, a ANOVA revelou diferenças no score desta subescala entre os vários níveis de concordância com a aceitabilidade da PAE $F=57,58$, $p < 0,001$, indicando que quanto maior é o nível de concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE, maior é o score na subescala de Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional.

Relativamente às Competências para a PAE, os resultados mostraram diferenças do score desta subescala entre os vários níveis de concordância com a aceitabilidade da PAE, $F = 2,92$, $p=0,021$. Os testes post-hoc revelaram diferenças significativas apenas entre os enfermeiros que concordaram totalmente ($M=6,44$; DP, 2,03) e os que discordaram ($M=0,55$, DP=3,01), já que os enfermeiros que concordaram totalmente apresentam um maior score nesta subescala comparativamente aqueles que discordaram da aceitabilidade de desempenho de PAE

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a subescala “Disponibilidade para o desempenho de outras funções” ($p < 0,05$) (ver tabela 31).

Assim sendo, enfermeiros com maior concordância na aceitabilidade de desempenho de PAE apresentam maiores scores para todas as subescalas, sendo a exceção a subescala disponibilidade para o desempenho de outras funções, onde tanto os enfermeiros que concordam totalmente como os que discordam totalmente apresentam ambos valores médios elevados.

Tabela 31 - Comparações entre os vários níveis da aceitabilidade da PAE e os scores das seis dimensões da ECA-PAE

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Nem discordo, nem concordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>	<i>F</i>
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Crenças relativamente à PAE	-15.14 (6,31)	-2.18 (8,29)	4.17 (5,38)	9.72 (3,91)	15.11 (3,91)	150,01** *
Expansão de competências de enfermagem	-13.86 (13,11)	1.45 (9,79)	1.88 (8,45)	9.05 (8,22)	18.19 (9,63)	34,79***
Delegação de competências médicas	-0,43 (6,50)	-2,55 (3,01)	-1,63 (3,31)	0,98 (3,59)	3,83 (4,4)	20,21***
Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional	-1,86 (6,67)	0,55 (3,01)	1,83 (3,31)	4,06 (2,21)	6,44 (2,03)	57,58***
Competências para a PAE	0,00 (4,93)	1,45 (2,50)	2,92 (2,04)	2,20 (1,96)	2,43 (2,34)	2,92*
Disponibilidade para o desempenho de outras funções	1,71 (3,45)	1,09 (2, 30)	1,50 (2,30)	1,99 (2,10)	2,34 (2,47)	1,51

Legenda: * p < 0,05; ***<0,001

Modelo preditivo da aceitabilidade de desempenho de PAE

Com base na análise bivariada realizada, foram introduzidas no modelo de regressão logística ordinal as seguintes variáveis: a) sociodemográficas (género); b) profissionais (serviço na UCI); c) condições facilitadoras (clarificação do conceito PAE) e d) todas as dimensões da EC2A-PAE, exceto a disponibilidade para o desempenho de outras funções, perfazendo um total de 8 preditoras e garantido um rácio, casos: preditores, superior a 20. Todas as outras variáveis analisadas, por não apresentarem um p <0,10, foram excluídas do modelo de regressão ordinal. Uma análise preliminar permitiu verificar que nenhuma das variáveis preditoras incluídas no modelo apresentava problemas de multicolinearidade já que todos os Variance Inflation Factor (VIF)⁶ <5.

⁶ VIF – Variance Inflation Factor ou Factor de Inflação da Variância mede o quanto a variância do coeficiente é inflacionada por sua colinearidade. Geralmente VIF > 10. é indicativo de problemas de multicolinearidade.

O modelo de regressão logística ordinal foi ajustado aos dados $-2LL = 469,94$, $\chi^2 (8) = 551,20$, $p < 0,001$, *Deviance* $\chi^2 (1472) = 469,94$, $p > 0,999$, explicando os preditores 67% da variância da aceitabilidade à PAE (Pseudo-R2 de Nagelkerke = 0,666).

A tabela 32 apresenta os resultados para as estimativas obtidas revelando uma associação significativa entre o gênero e a aceitabilidade da PAE (OR = 1,76, IC95 [1,01; 3,09], χ^2 Wald (1) = 3,90, $p = 0,048$), no sentido de as mulheres terem mais 76% de chances de ter classes de maior ordem (aceitabilidade à PAE) comparativamente aos homens.

Tabela 32 - Estimativas do modelo de regressão ordinal para os fatores associados à aceitabilidade da PAE

Variáveis	OR	IC95%	χ^2 Wald
<i>Gênero</i>			
Homem	0	-	
Mulher	1,76	[1,01; 3,09]	3,90*
<i>Serviço na UCI</i>			
Sim	0	-	
Não	1,34	[0,72; 2,50]	0,83
<i>Clarificação do conceito PAE como condição facilitadora</i>			
Sim	0	-	
Não	1,05	[0,63; 1,73]	0,03
<i>Crenças relativamente à PAE</i>	1,35	[1,27; 1,43]	95,33***
<i>Expansão de competências de enfermagem</i>	1,07	[1,02; 1,11]	9,46**
<i>Delegação de competências médicas</i>	0,92	[0,83; 1,01]	2,96
<i>Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional</i>	1,28	[1,16; 1,42]	22,23**
<i>Competências para a PAE</i>	0,96	[0,85; 1,08]	0,54

Legenda: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$ nota: a categoria de referência é aquela com maior valor de codificação, neste caso 1.

Os resultados também mostraram que o aumento do score na dimensão “Crenças relativamente à PAE” da ECA-PAE, aumenta em 35 % de chances de ter classes de maior ordem em relação à aceitabilidade de desempenho de PAE (OR = 1,35, IC 95% [1,27, 1,43], χ^2 Wald (1) = 95,33, $p < 0,001$). Resultados similares foram encontrados para o “Impacto de PAE na Realização/Satisfação Profissional”, verificando-se que o aumento do score nesta dimensão da ECA-PAE, incrementa as chances de ter classes de maior ordem (aceitabilidade de desempenho de PAE) em 28% (OR = 1,28, IC 95% [1,16, 1,42] χ^2 Wald (1) = 22,23, $p < 0,001$). Para a dimensão “Expansão de competências de enfermagem”, verificou-se que scores superiores nesta dimensão aumentam em 7% (OR = 1,07, IC 95% [1,02, 1,11] χ^2 Wald (1) = 9,46, $p = 0,012$) as chances de ter classes de maior ordem (de aceitabilidade de desempenho de PAE). Não foram encontrados outros preditores significativos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:

O presente estudo propôs-se explorar a existência de um padrão de aceitabilidade de desempenho de PAE entre enfermeiros especialistas em Portugal, sendo que para tal considerou variáveis sociodemográfica e profissionais, bem como um conjunto de variáveis relativas a crenças e atitudes dos profissionais face à implementação de PAE em Portugal, para perceber quais destas tinham maior impacto na aceitabilidade de desempenho de PAE.

Factores com impacto na aceitabilidade de desempenho de PAE

De acordo com os resultados da análise bivariada, e para esta amostra de enfermeiros, à excepção do género, os factores sociodemográficos não estão relacionados com a aceitabilidade de desempenhar PAE.

Dos factores profissionais o único que parece influenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE é exercício de funções em UCI, o que também está descrito na evidência disponível. De acordo com Jamieson *et al.* (2002) os enfermeiros que exercem em UCI consideram a sua prática como sendo avançada, e acreditam ser mais competentes do que a maioria dos seus pares, inclusivé médicos internos, para o desempenho de PAE. Estes enfermeiros referiam ainda já exercer PAE no âmbito do seu exercício profissional, até porque frequentemente as UCI não dispunham de médico presencialmente 24 horas por dia, e manifestaram frustração com a falta de reconhecimento das suas competências, qualificações e experiência, afirmando que tal condicionava não só o recrutamento como

também a retenção de profissionais. Assim sendo, compreende-se que os enfermeiros de UCI concordem, embora com algumas reservas, com o desempenho de PAE.

Dos elementos facilitadores da implementação de PAE em Portugal apenas a necessidade de clarificação do conceito de PAE pareceu estar efetivamente associada à aceitabilidade de desempenho de PAE, sendo que os EE que não sentem necessidade de clarificação do termo parecem ter maior probabilidade de concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE. Este resultado coincide com o que literatura considera uma das principais limitações à implementação e desenvolvimento de PAE, a variabilidade na definição de PAE. As dificuldades em fornecer uma definição precisa e concisa de PAE tem sido amplamente documentada e apontada como uma barreira ao desenvolvimento da PAE a nível global (Pulcini *et al.*, 2009; Dowling *et al.*, 2013; Duffield *et al.*, 2009). Jamieson e Williams (2002) referem que a ambiguidade e falta de consistência na definição da prática de enfermagem “avançada” dificultam a progressão da profissão em direção ao desenvolvimento de papéis consistentes na prática avançada, não é portanto de estranhar que EE que sentem necessidade da clarificação do termo PAE tenham níveis de aceitabilidade de desempenho de PAE inferiores.

A aceitabilidade de desempenho de PAE não está relacionada com o reconhecimento da existência de condicionantes à implementação de PAE o que parece sugerir que embora os EE reconheçam que existem barreiras e limitações à implementação e desempenho de PAE, acreditam que as mesmas podem ser ultrapassadas, conforme sugerido por Dussault *et al.*, (2003), Bryant-Lukosius e DiCenso (2004) e pela FCG (2014).

Relativamente às crenças e atitudes face à PAE, constatou-se que os enfermeiros que concordam que a PAE pode ter impacto positivo na acessibilidade, produtividade, eficiência e sustentabilidade financeira dos serviços de saúde, e que acreditam que a sua implementação é viável, apresentam maiores níveis de concordância com o desempenho de PAE comparativamente aos EE que são mais sépticos quanto aos benefícios desta prática. Acredita-se que a tomada de posição adoptada pelos EE se prende com as suas vivências pessoais, e que seja, simultaneamente, subsidiada pela existência de um vasto leque de evidência que comprova o contributo positivo da implementação e desenvolvimento de PAE a nível internacional, em termos de efectividade, eficiência, qualidade e satisfação (Horrocks *et al.*, 2002; Buchan e Calman, 2004; Delamair e LaFourtune, 2010; Newhouse *et al.*, 2011; Casey *et al.*, 2017; Woo *et al.*, 2017, Laurent *et al.*, 2018).

Os EE que concordaram com o desempenho de uma PAE que compreende tanto a expansão do campo de acção de enfermagem (por ex. projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados) como a avocação de tarefas por norma consideradas médicas (por ex. prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico) apresentaram níveis de concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE mais elevados, o que sugere que para estes EE a PAE engloba estas duas realidades. Embora a importância e pertinência da implementação de PAE por norma reúna consenso entre os enfermeiros, a partilha e/ou delegação de tarefas médicas a enfermeiros, em contexto de desempenho de PAE é, por norma, alvo de discussão acalorada entre a comunidade de enfermagem, sendo que enquanto uns a compreendem como uma inevitabilidade no actual contexto sociodemográfico e económico de prestação de cuidados (Lopes *et al.*, 2018; Barreira, 2019), os outros a encaram como um retrocesso a uma prática biomédica, desprovida da idoneidade científica, de um campo de acção próprio e da autonomia inerentes à prática de Enfermagem (Queirós, 2017; Almeida e Coelho, 2010). No que se refere à amostra em estudo verificou-se que EE que apresentavam elevados níveis de aceitabilidade de desempenho de PAE apresentavam scores elevados tanto para a expansão do campo de acção de enfermagem como para a delegação de tarefas médicas a enfermeiros. Estes EE parecem, por isso, acreditar que a PAE envolve estas duas dimensões, demonstrando ainda assim disponibilidade para desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade. A discussão de uma “ perspectiva mais biomédica ou uma abordagem mais humanista” na PAE (Queirós, 2017; Peixoto e Peixoto, 2011; Almeida e Coelho, 2010) parece, portanto, não influenciar a sua disponibilidade para desempenhar PAE.

Relativamente às competências necessárias para o desempenho de PAE verificou-se que os EE com níveis mais elevados de concordância com aceitabilidade de desempenho de PAE apresentam scores mais elevados na subsescala competências necessárias para o desempenho, o que sugere maior disponibilidade para exercer PAE entre os enfermeiros que concordam que a PAE requer competências específicas e formação adicional para o seu desempenho, comparativamente aos que discordam em exercer PAE. Estas diferenças podem ser eventualmente explicadas por sentimento de inadequação para o desempenho de PAE, ou pela conceptualização que estes enfermeiros têm da PAE em si, já que a falta de confiança nas competências necessárias para o desempenho de PAE (Schadewaldt *et al.*, 2013; Faraz, 2016, Jakimowicz *et al.*, 2017, Torrens *et al.*, 2020) ou a discordância

com a conceptualização atribuída à PAE e as tarefas a serem desempenhadas são por vezes referido como barreira à implementação, desenvolvimento e desempenho de PAE (Torrens *et al.*, 2020, DiCenso *et al.*, 2010; Jakimowicz *et al.*, 2017).

Para os EE que compõem a amostra, acreditar que a PAE pode ter um impacto positivo na satisfação e realização profissional também contribui para a aceitabilidade de desempenho de PAE, já que quanto maior os níveis de aceitabilidade maiores os níveis de concordância com o impacto positivo da PAE. De acordo com Delamaire *et al.*, (2010) e Buchan e Calman (2004) a autonomia e reconhecimento social, inerentes ao desempenho de PAE, podem contribuir para a satisfação profissional e potenciar o recrutamento e retenção de enfermeiros. Em Portugal, a evidência disponível demonstra que a promoção de estratégias de retenção que aumentem a autonomia no âmbito do exercício profissional, a satisfação com as oportunidades de progressão profissional e metodologias de remuneração adequadas têm o potencial de combater o múltiplo emprego (Ferrinho *et al.*, 2007), diminuir a rotatividade dos enfermeiros nas organizações (Poeira e Mamede, 2011;Pereira, 2015; Leone *et al.*, 2015; Poeira *et al.*,2019), e fazer face às intenções de abandono profissional e emigração (Pereira, 2015; OE, 2020). Assim sendo, e a confirmarem-se as presunções dos EE que compõem esta amostra, o desempenho de PAE poderia, ao contribuir para a satisfação dos profissionais, ajudar a travar as elevadas taxas de emigração (Pereira, 2015; OE 2020) e de intenção de abandono profissional (Leone et a., 2015; Poeira et al, 2019), bem como diminuir a elevada rotatividade, justificada pela necessidade pessoal de adquirir novas competências profissionais, de desenvolver um trabalho mais estimulante e de aumentar rendimentos, documentada por Poeira e Mamede (2001).

A não existência de diferenças entre os vários níveis de concordância com a aceitabilidade da PAE e a disponibilidade para o desempenho de outras funções parece indicar um sentimento generalizado de desperdício das competências dos EE no seu local de trabalho, o que coincide com os achados de Silva *et al.* (2018) e Lopes *et al.* (2018) que demonstraram a incapacidade do actual sistema de saúde português para o reconhecimento e aproveitamento da prática diferenciada dos EE (Lopes *et al.*, 2018), o que não só é indutor de ineficiência, como também potencia a frustração e estagnação do percurso profissional dos enfermeiros.

Modelo preditivo da aceitabilidade

No que concerne a capacidade preditiva do modelo em estudo, verificou-se que as variáveis introduzidas no modelo permitem explicar 67% da variância na aceitabilidade de desempenho de PAE no âmbito da especialidade.

Analisando os rácios de probabilidade do modelo preditivo em estudo apercebemo nos de que são as enfermeiras, mulheres, que consideram a implementação de PAE em Portugal pertinente e viável, e que acreditam que existem funções atualmente desempenhadas por médicos que podem ser delegadas a enfermeiros especialistas, e que o desempenho de PAE, por EE, acarreta oportunidades tais como promover a eficiência na prestação de cuidados, potenciar a acessibilidade aos serviços de saúde, através da maximização dos recursos existentes e optimização da produtividade da equipa multidisciplinar, que apresentam maior predisposição para desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade.

Enfermeiros que acreditam que a PAE pode ter impacto positivo na sua realização profissional e que encaram a PAE como uma expansão das competências de enfermagem e se dispõem a participar em atividades de ensino e tutoria, exercer funções de gestão de serviços de saúde, integrar, supervisionar e apoiar novos profissionais, participar no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, realizar e divulgar investigação, integrando a evidência na prática clínica, desenvolver e implementar novos modelos de prestação de cuidados também apresentam maior concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE, o que evidencia uma maior disponibilidade para a mesma.

O presente estudo permitiu-nos assim constatar que: a posição que os EE adoptam face ao desempenho de PAE prende-se essencialmente com a conceptualização que têm da PAE, e que é fruto da sua vivência e profundo conhecimento do sistema de saúde; o género e as crenças relativas ao impacto e contributo da PAE no sistema de saúde e na satisfação dos enfermeiros são factores determinantes da aceitabilidade de desempenho de PAE pelo que, quando tidos em conta e integrados na discussão da implementação e desenvolvimento de PAE em Portugal, podem viabilizar a sua implementação no contexto de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Podemos portanto assumir que, mais do que características sociodemográficas, são as crenças, valores e atitudes face à implementação de PAE em Portugal que parecem influenciar o nível de aceitabilidade de desempenho de PAE para esta amostra de

enfermeiros especialistas, sendo que nem mesmo o reconhecimento de eventuais barreiras à implementação desta prática em Portugal parece condicionar a aceitabilidade de desempenho de PAE para estes EE.

As principais limitações inerentes ao presente estudo prendem-se com a técnica de amostragem, não probabilística por técnica de snowball, e com o facto de esta não garantir a representatividade da população, o que impede a generalização dos resultados.

Não obstante, os resultados alcançados constituem um contributo válido uma vez que nos permitem identificar factores que terão impacto na disponibilidade dos EE para o exercício de PAE, e que deverão ser levadas em consideração caso se opte por uma política de revisão de competências e distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em saúde, como nos demais sectores económicos, os recursos disponíveis para dar resposta às crescentes necessidades das populações são limitados, pelo que a questão da promoção da eficiência, tendo em vista a garantia da sustentabilidade dos serviços de saúde, tem vindo a adquirir particular relevância.

Em Portugal, o diagnóstico de situação referente à utilização de RHS evidencia ineficiência na gestão da força de trabalho tanto por via do planeamento (oferta e procura, delegação de tarefas e expansão de funções) como por via da distribuição. Inúmeros intervenientes têm advogado uma revisão de *skill mix* entre profissionais de saúde, nomeadamente entre médicos e enfermeiros, através da implementação de uma prática avançada de enfermagem. Contudo existe “...base de evidência limitada sobre enfermeiros com funções avançadas em Portugal (...)” (Buchan *et al.*, 2013, p. 39), nomeadamente no que concerne a posição dos profissionais face a uma política de RHS que compreenda a revisão de papéis entre médicos e enfermeiros, o que pode condicionar e/ou limitar uma eventual reforma na política de RHS.

Assim sendo, a presente investigação teve como objetivo acrescentar informação que subsidie e contribua para a discussão da pertinência e viabilidade da implementação de PAE em Portugal, sendo que, para tal, se propôs definir o conceito de PAE, conhecer barreiras e elementos facilitadores da implementação da mesma, e descrever os seus *outcomes* à luz da bibliografia internacional, bem como conhecer a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal, mediante uma análise da aceitabilidade de desempenho destas funções, e suas condicionantes.

4.1 Conceptualização da PAE e Ponto de Situação da implementação da mesma em Portugal

No que concerne a conceptualização de PAE, a scoping review realizada revelou que a confusão em torno da terminologia, a variabilidade na nomenclatura, as imprecisões relativamente às funções a serem desempenhadas e a ausência de regulação da PAE e dos requisitos educacionais inerentes à mesma, fragilizam a prática, dificultam e limitam a sua implementação, desempenho e disseminação a nível internacional (Pulcini, 2009; Kleinpell *et al.*, 2014, Bryant-Lukosius *et al.*, 2014; Torrens *et al.*, 2020). O estudo da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE por EE em Portugal reiterou estes

achados na medida em que a maioria dos EE apontou a clarificação do conceito PAE e das funções a serem desempenhadas no âmbito desta prática como sendo indispensáveis à implementação da mesma em Portugal.

A ambiguidade na definição de PAE e das funções a ela inerentes, enunciada pelos EE como uma das principais condicionantes ao desempenho de PAE, é evidenciada pela dispersão de respostas dada à pergunta “Quais das seguintes funções considera ser PAE”. Não obstante a variabilidade de respostas, parece emergir um padrão de PAE que se coaduna com uma prática autónoma, especializada, baseada em evidência científica, com contributo na qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados.

Os EE parecem, assim, identificar a PAE como uma expansão da prática de enfermagem que compreende “mais enfermagem na enfermagem”. Embora a integração de competências e tarefas médicas não pareça ser a componente fulcral na conceptualização que os EE fazem de PAE, a maioria assente que esta também compreende o desempenho de tarefas frequentemente consideradas médicas, tais como, diagnóstico diferencial de forma autónoma, gestão de doença crónica, prescrição e interpretação de MCDTs e gestão de episódios de doença, reconhecendo que existem tarefas médicas que poderiam ser delegadas a enfermeiros, preferencialmente especialistas.

A clarificação do conceito PAE à luz da literatura e evidências internacionais, a análise de situação referente à PAE em Portugal e os achados encontrados aquando da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE permitiram, ainda, reunir evidência que demonstra que a PAE se encontra “parcial” e “oficiosamente” implementada em Portugal, à semelhança do que acontece em outros países (Schober, 2007), isto porque, não só as competências dos enfermeiros portugueses, nomeadamente dos especialistas, se coadunam com as propostas pelo ICN para a prática de funções avançadas, como parte das funções atribuídas e desempenhadas pelos EE, no seu quotidiano profissional (avaliação independente de utentes, planeamento e gestão de episódios de cuidados, prescrição, administração, aconselhamento terapêutico ainda que de forma informal, funções de liderança e gestão) parecem, à luz da conceptualização internacional, inserir-se no âmbito da PAE.

No que concerne a regulação da PAE em Portugal, o ponto de situação realizado no primeiro estudo demonstrou que, embora escassa, já existe alguma regulação que viabiliza e legitima o desempenho de uma prática mais expandida de enfermagem, e que

até possibilita a prescrição por enfermeiros (Lei nº 9/2009, de 4 de Março). Contudo, esta é restrita a alguns especialistas e, portanto, muito limitada na sua abrangência.

Assim sendo, e recorrendo ao referencial teórico proposto por Buchan e O'May (2000) e Buchan *et al.* (2001), que propõe 4 etapas que visam fundamentar e orientar a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde relativamente à opção por uma estratégia de revisão de skill mix entre profissionais, podemos considerar que Portugal se encontra na transição entre a segunda etapa (identificação de oportunidades e obstáculos à mudança) e a terceira etapa (planeamento da mudança) no que concerne a implementação de PAE em Portugal.

O referencial teórico estabelecido por Buchan e O'May (2000) e Buchan *et al.* (2001) refere que numa primeira etapa se deve proceder à avaliação da necessidade efetiva de modificar o skill mix disponível, mediante identificação de problemas para os quais uma revisão na combinação de papéis entre PS possa ser a solução, já que podem existir outros métodos apropriados para lidar com os mesmos.

Em Portugal, a opção por uma política de revisão de skill mix entre médicos e enfermeiros encontra-se amplamente justificada. São vários os documentos técnicos e evidência disponível que sugerem uma combinação ineficiente de recursos humanos em saúde em Portugal e que propõem a revisão da distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros, admitindo que tal contribuiria para a eficiência e sustentabilidade técnica e financeira do SNS e para a promoção da acessibilidade a cuidados de saúde (Dussault e Fronteira, 2010; OMS, 2010; Barros, 2011; ERS, 2011; Buchan *et al.*, 2013; ERS, 2014; FCG, 2014), pelo que esta primeira etapa parece estar concluída.

A segunda etapa diz respeito ao controlo da margem de exequibilidade de uma política de modificação de skill mix entre PS. É proposto que ao longo da mesma se verifique a capacidade de resposta institucional, tanto ao nível das organizações como dos sistemas de saúde, em termos de rácios de pessoal, estrutura salarial, regulação e certificação profissional, valores sociais e culturais, etc. para proceder à mudança, já que, embora a alteração ao skill mix pareça ser a solução ideal, pode, contudo, não ser atingível.

Não obstante a escassez de evidência, a nível nacional, que ateste a exequibilidade política de modificação de skill mix entre médicos e enfermeiros, existem já alguns trabalhos de investigação que se debruçam sobre esta temática (Buchan *et al.*, 2013; Temido, 2014) e sobre a capacidade de resposta em termos de rácios de pessoal (Buchan

et al., 2013; Correia *et al.* 2018, 2020), regulação (Temido e Dussault, 2014), impacto na eficiência (Barros, 2011) e valores sociais e culturais para proceder à mudança (Temido, 2014, Temido *et al.*, 2015), sendo que a presente tese ambiciona juntar-se a eles. Contudo, alguns autores consideram que esta discussão é, ainda, incipiente (Correia *et al.*, 2020) e que existem, efectivamente, lacunas de conhecimento relativamente, por exemplo, à posição dos utentes dos cuidados de saúde, à posição dos médicos (já que a opinião que frequentemente se encontra é a da Ordem dos Médicos ou a de dirigentes políticos e sindicais), ao impacto económico e financeiro que o *taskshifting* entre médicos e enfermeiros poderia ter ao nível dos cuidados saúde primários, hospitalares e nas intervenções integradas de saúde e apoio social, nomeadamente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), entre outras.

Faltam, ainda, estudos que explorem uma eventual resposta institucional e o impacto da mesma em termos organizacionais, de custos e de relações inter profissionais.

Atendendo a que um dos principais argumentos evocados para a revisão do *skill mix* e a expansão do exercício da prática de enfermagem em Portugal se prende com o custo efectividade desta medida e o impacto, alegadamente, positivo da mesma em termos de eficiência, urge ainda estudos de impacto económico que tenham em consideração, para além das diferenças salariais, os ganhos e/ou perdas em saúde, as consequências na acessibilidade aos cuidados (acesso a cirurgias, consultas de especialidade, diminuição das iniquidades geográficas no acesso a cuidados diferenciados, etc.), e a repercussão na saúde das populações e comunidades (nomeadamente naquelas com difícil acesso, tais como, comunidades rurais, emigrantes, indigentes, etc). Importa ainda acautelar, quando da avaliação do impacto económico, as consequências que o incremento na remuneração dos EE que se proponham desempenhar PAE pode ter em termos de eficiência, já que a maioria dos respondentes afirmaram que uma compensação remuneratória justa e adequada à responsabilidade das funções a serem desempenhadas é *conditio sine qua non* para a aceitabilidade de desempenho de PAE.

Uma vez sedimentada esta segunda estapa dever-se-á transitar para a terceira etapa e reunir um grupo de trabalho multidisciplinar, abrangente, que se debruce sobre o planeamento da mudança e a análise de recursos disponíveis, para agilizar a mesma, já que a existência ou não de determinados recursos (humanos, financeiros, sistemas de informação, etc.) condiciona e define as medidas a serem implementadas. Acredita-se já

ser oportuno, no ponto em que nos encontramos, dar início a esta etapa e assim avançar no processo de resolução. Após a terceira etapa importa, ao longo da quarta e última etapa implementar a estratégia de modificação de *skill mix* mais adequada, tendo em conta os objetivos delineados, os recursos disponíveis e o horizonte temporal definido para a obtenção de resultados. Após a implementação da mudança deverá ter início um novo ciclo, tendo em vista a avaliação do novo *skill mix*. (Buchan *et al.*, 2000).

4.2 Posição dos Enfermeiros Especialistas face à implementação de Prática

Avançada de Enfermagem em Portugal – Uma análise da aceitabilidade

A literatura refere vários fatores que podem facilitar ou condicionar a modificação de *skill mix* entre médicos e enfermeiros, nomeadamente factores de contexto como sejam a (in) disponibilidade de profissionais, os interesses dos profissionais, os modelos de organização dos cuidados de saúde e respectivas metodologias de financiamento, os mecanismos de regulação da prática profissional, as competências técnicas dos profissionais (educação) e as oportunidades de formação (Buchan e Calman, 2004; Dubois *et al.*, 2009, Dubois *et al.*, 2006; Delamaire *et al.*, 2010; Niezen *et al.*, 2014; Pulcini *et al.* 2010) bem como uma liderança efectiva e eficaz (Cometto *et al.*, 2020).

Pretendeu-se, com a realização do segundo estudo, captar a posição dos EE face à implementação de PAE em Portugal e determinar a aceitabilidade de desempenho de PAE mediante exploração de crenças e atitudes destes profissionais face à implementação desta prática.

Os resultados evidenciaram que a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE está intrinsecamente associada à conceitualização da PAE e aos benefícios que os enfermeiros acreditam advir da mesma para o sistema de saúde, os utentes e para os profissionais, sendo que a esmagadora maioria dos respondentes aceitaria desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade (89%).

A maioria dos EE que compuseram a amostra consideram ainda que a implementação de PAE é pertinente e viável, e que promove a eficiência, a acessibilidade e a produtividade nas equipas multidisciplinares, o que vai ao encontro do evidenciado pelos estudos e relatórios internacionais (Horrocks *et al.*, 2002; Buchan e Calman, 2005; Delamaire e LaFortune, 2010; Fulton *et al.*, 2011; Newhouse *et al.*, 2011; Casey *et al.*, 2017; Woo *et*

al., 2017; Laurent *et al.*, 2018; Torrens *et al.*, 2020).

Curiosamente, a exploração da aceitabilidade de desempenho de PAE por EE revelou, que, entre este grupo de profissionais, uma maior formação, nomeadamente no âmbito do doutoramento, parece estar relacionada com uma menor concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE, isto porque se constatou que enfermeiros “especialistas” ou “especialistas com mestrado e especialidades” são os que possuem maiores níveis de concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE no âmbito da especialidade, e que os enfermeiros doutorados apresentam níveis de concordância com o desempenho de PAE mais baixos. Acredita-se que tal se prende com a conceptualização “mais epistemológica” que estes enfermeiros têm de PAE, na medida em que grande parte dos doutorados exerce funções de docência e investigação no ramo das ciências de Enfermagem, ao passo que a maioria dos EE, mesmo com mestrado, exercem funções em contexto de prestação direta de cuidados aos utentes. Este achado assume particular relevância na medida em que alguns dos respondentes apontaram os interesses das escolas de Enfermagem como sendo, simultaneamente, uma alavanca, pelo interesse na receita gerada pela formação de EE, e uma barreira, pela visão obsoleta e distorcida que tem da realidade da prática diária dos profissionais “... a formação feita nas escolas está completamente desajustada aos contextos profissionais. A formação de enfermeiros especialistas carece de ser repensada e melhorada”. Atendendo a que a posição dos parceiros sociais, nomeadamente das escolas de Enfermagem, pode ter um forte impacto na implementação de políticas de saúde (Delamaire *et al.*, 2010), esta divergência de opiniões deve ser explorada e acautelada aquando do desenho da implementação de uma política de revisão de *skill mix* em Portugal, tendo em vista o seu sucesso.

De entre as alavancas à implementação da PAE enunciadas pelos EE destacaram-se a clarificação do conceito de PAE e das funções a serem desempenhadas pelos enfermeiros de PAE, sobejamente evocadas a nível internacional como impreteríveis à implementação desta prática (Bryant-Lukosious *et al.*, 2014, 2017; Kleinpell *et al.*, 2014; Torrens *et al.*, 2020), e a diferenciação da profissão de Enfermagem em Portugal.

A Enfermagem em Portugal tem, desde há alguns anos a esta parte, vindo a assistir a uma evolução incremental na sua formação. Contudo, tal não se tem traduzido em termos de alargamento ou expansão no desempenho de funções, nem em maior autonomia

profissional, sendo que “*no essencial, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde continuam a trabalhar e a organizar-se como há 50 anos atrás*” (Plocgh, 2011, p.25 apud Temido, 2014, p. 128) o que, por si só é sugestivo de ineficiência. De acordo com IOM (2011:29) “*Nurses should practice to the full extent of their education and training*”, o que não parece estar a acontecer em Portugal, tendo em conta as respostas dadas pelos EE aquando da reflexão sobre a sua prática profissional, já que cerca de 52% dos respondentes afirmam não utilizar a totalidade das suas competências na sua prática diária e 74% assente que as suas capacidades e competências estão subaproveitadas no local de trabalho. A diferenciação da profissão de Enfermagem, *per si*, parece não ser, portanto, condição suficiente para o desempenho de PAE em Portugal, já que não se tem traduzidos em grandes alterações na prática e nas metodologias de trabalho instituídas nas organizações.

No que concerne as condicionantes à implementação de PAE, as preocupações enunciadas pelos EE estão alinhadas com as referidas pela literatura internacional e prendem-se, para a grande maioria, com a ausência de uma definição concisa e devidamente regulada da PAE, competências e funções a ela inerentes; o débil reconhecimento social da profissão de enfermagem e a consequente recusa desta prática pela sociedade civil; a inexistência de um contexto de escassez de médicos, precussora da implementação de PAE noutros países; número insuficiente de enfermeiros, tanto generalistas como especialistas; a ausência de apoio político e de uma liderança efetiva e eficaz; a ausência de uma carreira que contemple e recompense o “nível” e desempenho de PAE; e a forte oposição da hegemónica profissão médica.

Em Portugal, de acordo com a Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), os enfermeiros estão entre os trabalhadores da administração pública que menos ganham, com uma remuneração base média mensal (1332 €), francamente inferior à dos técnicos superiores de saúde, no quais se inserem farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos (1872 €), ou dos professores do ensino básico ou secundário (1998 €) (DGAEP, 2020). Atendendo a que o estatuto social de uma profissão está, em grande parte, directamente relacionado com o salário que os profissionais que a exercem auferem, o estatuto dos enfermeiros parece ser, efectivamente, frágil. Tal confirmou-se, de resto, aquando da “greve cirúrgica” dos enfermeiros⁷, que decorreu no final do ano de

⁷ O Movimento Greve Cirúrgica dos enfermeiros foi um movimento inédito em Portugal, pela sua longevidade e pela criação de apoio aos grevistas através de uma plataforma de crowdfunding, e compreendeu a paralisação dos enfermeiros

2018 e início de 2019, em que, quando reivindicavam progressões na carreira, a consagração da categoria de EE, e uma maior valorização da profissão e das suas condições de trabalho, os enfermeiros, não só assistiram à “impugnação” da greve, considerada ilícita pelo Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República (que alegou que não foram cumpridos os requisitos de pré aviso de greve, que existia incerteza quanto ao momento e sectores a serem atingidos pela paralisação, e que o mecanismo de compensação de perda de salário aos profissionais, obtido através de crowdfunding, era ilegal) (Parecer n.º 35/2018 do Ministério Público, Procuradoria Geral da República), como ainda foram alvo de significativa hostilidade social, não obstante o reconhecimento da sua “competência técnica, científica e humana” e de que “estão entre os mais mal pagos da OCDE”, em virtude da requisição civil decretada pelo governo, que alegou que não estariam a ser cumpridos os serviços mínimos (Oliveira, 2019). Este episódio veio não só confirmar e agravar a fragilidade social da profissão, como legitimar a preocupação destes profissionais face à sua precária posição social. Assim sendo, o fraco reconhecimento social da profissão de enfermagem, e a eventual recusa de uma prática mais expandida de enfermagem por uma sociedade civil que parece reconhecer “limitado” valor aos enfermeiros pode, efetivamente, constituir entrave à implementação de PAE.

Relativamente à escassez de enfermeiros, é um facto que o país apresenta um rácio enfermeiro por 1.000 habitantes relativamente baixo comparativamente aos demais países da OCDE (6.7 vs 8.8) (OCDE, 2019), contudo este tem vindo a aproximar-se, cada vez mais, da média da OCDE, sendo que o relatório de 2019 não exclui a sub notificação no número de enfermeiros em Portugal, essencialmente devido às diferenças metodológicas utilizadas para apurar esta relação (OCDE, 2019) já que, em alguns países, os cálculos destes rácios engloba no conceito de “Enfermeiro” um conjunto de profissões adjuvantes, tais como auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem. Há ainda a equacionar que a eventual delegação de tarefas médicas a enfermeiros poderá induzir à delegação de

que exerciam funções em blocos operatórios em cinco centros hospitalares: Centro Hospitalar S. João (Porto), Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Lisboa Norte e Centro Hospitalar de Setúbal, tendo se posteriormente estendido a mais dois. Esta paralisação durou mais de um mês, colocou o setor da saúde em convulsão e provocou o adiamento de mais de 8 mil cirurgias, segundo os sindicatos. Entre as reivindicações dos enfermeiros destacavam-se a criação de uma categoria de especialista na carreira, a antecipação da idade da reforma e melhoria de condições no Serviço Nacional de Saúde. Após um primeiro parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República que legitimava a greve, a mesma foi suspensa em virtude de um segundo parecer desta mesma entidade considerar a greve ilícita por “... assumir uma forma que não se situa dentro do perímetro do conceito de greve juridicamente reconhecido e garantido pela Constituição porque o fundo usado para compensar a perda de salário não foi constituído nem gerido pelos sindicatos que decretaram a paralisação

tarefas, actualmente desempenhadas por enfermeiros a assistentes operacionais, desde que devidamente formadas e qualificadas já que, conforme avançado por Beja (sem data, p. 1) “*a formação destes trabalhadores é actualmente prioritária na aplicação de fundos comunitários, estando a ser fomentado o aparecimento no mercado de trabalho de quadros intermédios que, não possuindo formação superior, podem adquirir conhecimentos técnico científicos específicos para apoio à prestação de cuidados*”. As elevadas taxas de emigração entre enfermeiros Portugueses (Pereira, 2015; OE, 2020) parecem, ainda, demonstrar uma disponibilidade destes profissionais a nível nacional, pelo que a percepção de “escassez” apontadas pelos EE parece não se verificar, ou ser facilmente ultrapassável desde que haja uma aposta na retenção destes profissionais.

No que respeita ao argumento da injustificação de implementação de PAE por inexistência de escassez de médicos, há a referir que os números de que dispomos a nível nacional para realizar este diagnóstico são dúbios (Correia *et al.*, 2018), sendo que o mesmo documento que descreve Portugal como o 3º país da OCDE com maior rácio de médicos *per capita* (OCDE, 2019) reconhece que o cálculo deste indicador inclui todos os licenciados em medicina, o que resulta numa larga sobrestimação. Os números e argumentos da Ordem dos Médicos não são mais esclarecedores na medida em que, embora o Sr. Bastonário anteveja em vários comunicados e publicações um agravamento da carência de médicos, em contexto de envelhecimento e reforma dos profissionais que actualmente compõem os quadros de muitas instituições (OM, 2019, 2020; Guimarães, 2019), por outro lado, defende publicamente que não há falta de médicos em Portugal quando se trata de aumentar o número de vagas nas faculdades de medicina (Relvas, 2020; Campos, 2020), e recusa a abertura de cursos em universidades privadas (Almeida, 2019; Francisco, 2019; Mateus, 2019). Tal tem resultado em troca de acusações, com o governo a atribuir responsabilidades à OM pela falta de médicos no SNS, realçando a sua inércia no combate a práticas restritivas da concorrência com limitação ao acesso à formação (Coelho, 2019; Santos, 2019; Saramago, 2019). Importa ainda realçar que, embora tenha inicialmente sido desenvolvida em contexto de escassez de médicos, a justificação da implementação de PAE não se esgota neste argumento. O contributo da mesma para a promoção da acessibilidade a cuidados de saúde, indução da eficiência nos sistemas de saúde, melhoria da qualidade, contenção de custos em saúde e contributo para o recrutamento e a retenção de enfermeiros encontra-se amplamente documentado ao longo do presente trabalho (Newhouse *et al.*, 2011, O`Grady, 2008, DiCenso *et al.*, 2010);

Delamaire *et al.*, 2010; Woo *et al.*, 2017; Torrens *et al.*, 2020) e não deve ser ignorado.

Delamaire *et al.* (2010) referem que a alocação de recursos financeiros e adequação dos modelos de remuneração às estratégias de *skill mix* implementadas são indispensáveis para o sucesso e sustentabilidade financeira das mesmas, sendo que os incentivos financeiros desempenham um papel preponderante na (re) definição de papéis profissionais e na aceitabilidade ou recusa de desempenho dos mesmos. Ficou claro, pelas respostas e comentários tecidos pelos respondentes, que a compensação remuneratória justa e adequada à responsabilidade das funções a serem desempenhadas é *conditio sine qua non* para a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE, até porque vários estudos apontam o salário auferido e a ausência de reconhecimento e progressão na carreira como os principais responsáveis pela elevada insatisfação profissional entre os enfermeiros, o que poderá também explicar (Attree *et al.*, 2011; Castro *et al.*, 2011; Leone *et al.*, 2015; Correia, 2016) as elevadas taxas de intenção de abandono profissional encontradas por Leone *et al.* (2015) e Poeira *et al.* (2019).

Não obstante a importância atribuída pelos EE à remuneração um resultado emerge como particularmente significativo, é a relevância dada pelos EE à autonomia, já que, embora tenham reconhecido a remuneração como o factor com maior contributo para a satisfação profissional, os EE colocaram *in ex aequo* (50.3%) com a autonomia profissional (50%), realçando, assim, a preponderância destes dois factores na aceitabilidade de desempenho de PAE.

A forte oposição pela classe médica, em Portugal, também foi enunciada, analogamente ao que acontece nos demais países onde a PAE foi implementada, como uma das principais barreiras à implementação e desempenho de PAE. É do conhecimento público a objeção da comunidade médica a iniciativas que englobem uma prática mais alargada e autónoma da enfermagem. Veja-se, a título de exemplo, o parecer da OM relativamente à prescrição e requisição MCDTs, ainda que de acordo com algoritmos gerados por fluxogramas associados à Triagem de Manchester (OM, 2015), e a celeuma levantada, a respeito do termo “avaliação diagnóstica” quando da discussão da Proposta de Lei 34/XIII que procede à definição e à regulação dos atos do enfermeiro e do médico, entre outros (Campos, 2017). Os representantes da classe médica justificam esta posição antagónica com a necessidade de preservação da qualidade e segurança dos cuidados (Borja-Santos, 2015). Assim sendo, acredita-se que o reforço de um diálogo, baseado em

evidência sólida e informação fidedigna, com este parceiro social, poderia promover o entendimento sobre a combinação adequada de RHS e o contributo da PAE para a mesma.

A inexistência de apoio político, referido pelos EE como entrave à expansão do exercício da prática de enfermagem, é facilmente justificável pela percepção de ausência de compromisso que emana, quase 13 anos volvidos desde a primeira sugestão de revisão de distribuição de tarefas entre profissionais (Dussault e Ferrinho, 2007), da inércia dos decisores políticos no desenvolvimento de programas de formação e quadros normativos específicos para o desenvolvimento de PAE em Portugal, bem como da baixa visibilidade das experiências-piloto desenvolvidas e dos modelos de monitorização e avaliação de resultados desenhados para as acompanhar.

Face ao exposto, acredita-se que o diálogo entre as partes interessadas e a promoção de uma discussão pública, conjunta com a sociedade civil, baseada em factos e evidência, em detrimento de interesses e corporativismos profissionais, poderiam contribuir para uma tomada de decisão cónscia relativamente à implementação de PAE em Portugal.

Dar visibilidade ao trabalho já desempenhado por EE, auscultar utentes e populações relativamente a anseios e expectativas, apostar no *empowerment* social dos enfermeiros, demonstrar e afiançar a adequação da formação em enfermagem, reconhecida internacionalmente, assegurar a adequada compensação financeira da enfermagem, envolver representates sociais dos consumidores, Ordens e estruturas sindicais de Médicos e de Enfermeiros, apostar na parametrização dos sistemas de informação e na definição de protocolos de trabalho poderia, ainda, contribuir para fazer face às condicionantes evidenciadas pelos EE.

4.3 Instrumento de Colheita de Dados

A viabilidade e sucesso de implementação de políticas de recursos humanos que envolvam a redistribuição de tarefas entre profissionais de saúde está fortemente dependente da aceitabilidade social dos *stakeholders* envolvidos (Dussault *et al.*, 2003, Buchan e Calman, 2005). Assim sendo, importa construir e validar instrumentos que captem a opinião dos diferentes *stakeholders*, com o intuito de subsidiar de forma o mais precisa possível a discussão, no caso em concreto, da implementação da PAE em enfermagem.

O terceiro estudo realizado procurou proceder à validação de um instrumento de recolha

de dados desenhado para avaliar a aceitabilidade de desempenho de PAE por enfermeiros em Portugal. Os resultados evidenciaram que o instrumento desenvolvido parece constituir-se um instrumento válido na avaliação de crenças e atitudes dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal, permitindo caracterizar e diferenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE pelos enfermeiros em contextos clínicos, de docência e de investigação. Assim sendo, considera-se que o mesmo poderá ser adaptado e aplicado a outros stakeholders.

Uma vez que importa conhecer a opinião de todos os intervenientes relativamente à implementação de PAE em Portugal, acredita-se que alargar o estudo, por exemplo, aos enfermeiros generalistas, permitiria perceber qual a posição dos mesmos face à PAE e se estão disponíveis para apoiar, e quiça futuramente desempenhar, após formação específica, estas funções. Até porque a literatura refere que a oposição à implementação de PAE frequentemente emerge dentro da própria profissão (Lowe, 2012; Torrens *et al.*, 2020). Importa também desenvolver estudos de aceitabilidade de desempenho de PAE junto de populações específicas de enfermeiros, nos cuidados de saúde primários ou na saúde materna e obstetrícia, entre outros, com o intuito de conhecer, por exemplo, quais as áreas com maior potencial de expansão de papéis e competências e determinar em que direcção pode ocorrer a expansão de funções.

Embora o instrumento de colheita de dados pareça ser um instrumento válido na avaliação de crenças e atitudes dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal e permita caracterizar e diferenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE pelos enfermeiros em contextos clínicos, de docência e de investigação, o modelo preditivo contruído com base nas variáveis colhidas com a aplicação do instrumento explica apenas cerca de 67% da variância da aceitabilidade de desempenho de PAE, pelo que se deverá equacionar e explorar outras variáveis para além daquelas que foram incluídas.

4.4 Preditores de aceitabilidade de desempenho de PAE em Portugal

Partindo do pressuposto que os comportamentos humanos, e a aceitabilidade social de determinadas políticas de saúde, são previsíveis (Sekhon, Cartwright e Francis, 2017), e de que a avaliação prévia do impacto social de medidas política é indispensável ao planeamento e à implementação de projetos, e que promove a sua qualidade, sustentabilidade, aceitação e senso de apropriação, contribuindo para a maximização de

benefícios, identificação e gestão de potenciais impactes sociais adversos (Kvam, 2017), procurou-se conhecer os factores com maior impacto na aceitabilidade de desempenho de PAE por EE, bem como explorar um padrão de aceitabilidade desta prática, por se considerar que a posição dos EE pode condicionar ou mesmo inviabilizar o sucesso da implementação de PAE em Portugal.

No que concerne os factores com impacto na aceitabilidade de desempenho de PAE, os resultados demonstraram que, à excepção do género, os factores sociodemográficos parecem não influenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE; enfermeiros que exercem funções em UCI tendem a ter maior concordância, mas menor total concordância, com o desempenho de PAE no âmbito da especialidade, o que sugere algumas reservas na aceitabilidade de desempenho desta prática; O reconhecimento da necessidade de clarificação do conceito PAE parece influenciar a aceitabilidade, já que os enfermeiros que concordaram totalmente com a aceitabilidade da PAE referem menos frequentemente a clarificação do conceito PAE como sendo uma condicionante de implementação e desenvolvimento de PAE. A aceitabilidade de desempenho de PAE parece não ser influenciada pelo reconhecimento da existência de outras condicionantes. As crenças e atitudes face à implementação de PAE em Portugal influenciam o nível de aceitabilidade de desempenho de PAE, sendo que enfermeiros que acreditam que a PAE acarreta oportunidades, maximiza recursos, promove a eficiência, potencia a acessibilidade e a produtividade, é pertinente e viável, apresentam maior grau de aceitabilidade de desempenho de PAE; enfermeiros que admitem uma PAE tanto por via da expansão das competências de enfermagem (funções de gestão, tutoria e ensino, investigação, coordenação e implementação de novos modelos de prestação de cuidados), como por via da avocação de tarefas e competências por norma consideradas médicas (como sejam a prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico) apresentaram níveis de concordância com a aceitabilidade de desempenho de PAE mais elevados;

O modelo preditivo, cujas variáveis explicam 67% da variância da aceitabilidade de desempenho de PAE, revelou que, no que respeita ao género, as mulheres têm maior aceitabilidade de desempenho de PAE comparativamente aos homens; admitir que a PAE pode ter um impacto positivo na promoção da eficiência, produtividade e acessibilidade a cuidados de saúde, aumenta a aceitabilidade de desempenho de PAE. Por outro lado, acreditar que o desempenho de PAE pode ter impacto positivo na realização/satisfação

profissional incrementa, também, a aceitabilidade de desempenho de PAE, assim como, defender uma PAE via expansão de competências de enfermagem.

A variabilidade na aceitabilidade parece prender-se, essencialmente, com a conceptualização que os enfermeiros têm da PAE e com os benefícios que acreditam advir da mesma para a sociedade e para o sistema de saúde, fruto da sua vivência profissional e do conhecimento íntimo do sistema e serviços de saúde. Clarificar o conceito PAE e promover o esclarecimento inequívoco e consensual das funções a serem desempenhadas pelos EPA, tendo em vista o sucesso da implementação e desenvolvimento de PAE, parece ser uma “verdade de *La Palice*”, de tal forma que estes profissionais apontam esta necessidade como a principal condicionante à concretização da PAE em Portugal. Debater com os enfermeiros, e demais *stakeholders*, a conceptualização de PAE, e uniformizá-la através de regulação específica, dentro daquilo que é o contexto nacional pode, portanto, potenciar a aceitação da prática entre estes profissionais, conforme sugerido por Di Censo *et al.* (2010), Bryant-Lukosius *et al.* (2004) e Heale *et al.* (2015). Até porque o modelo desenvolvido indica que a conceptualização e implementação de uma PAE que compreenda a expansão de competências de enfermagem aumenta a probabilidade de aceitabilidade de desempenho de PAE, não obstante o reconhecimento de que existem tarefas médicas que poderiam ser delegadas a enfermeiros e que tal contribuiria para a eficiência na prestação de cuidados de saúde em Portugal.

O facto da aceitabilidade de desempenho de PAE não estar limitada pelo reconhecimento da existência de condicionalismos à sua implementação parece sugerir que os EE acreditam que estes podem ser ultrapassados (Dussault *et al.*, 2003; Bryant-Lukosius e DiCenso, 2004; FCG, 2014), nomeadamente através da mobilização dos demais PS e do envolvimento das associações profissionais, acompanhados de forte liderança, compromisso e empenho da classe política, conforme sugerido por Buchan e Calman (2005) e pelos próprios EE aquando do segundo estudo realizado.

No que respeita ao género, as diferenças na aceitabilidade de desempenho encontradas parecem relacionar-se com a necessidade de valorização e reconhecimento de uma profissão altamente feminizada (OE, 2017), sub-remunerada (DGAEP, 2020), onde persistem desigualdades na progressão nas carreiras e no acesso a cargos de liderança e chefia (Schreck, 2019; Newman *et al.*, 2019).

Encarar a PAE como uma prática mais independente e autónoma, apelativa e equitativa em termos de reconhecimento social e profissional, e acreditar que o desempenho da mesma pode ter impacto positivo na realização e satisfação profissional também contribui para a aceitabilidade de desempenho de PAE, provavelmente por se associar a PAE a uma maior autonomia e independência, a um estatuto remuneratório, social e profissional superior, bem como a melhores condições de trabalho (Delamaire *et al.*, 2010; Buchan e Calman, 2005; WHO, 2016; Bryant-Lukosius e Martin-Misener, 2016), factores considerados como sendo os principais preditores da satisfação profissional entre enfermeiros (Ryan *et al.*, 2013; Poghosyan *et al.*, 2017; Schiestel, 2007; De Milt *et al.*, 2011).

Atendendo às elevadas taxas de intenção de abandono profissional (Poeira e Mamede, 2011; Pereira, 2015; Leone *et al.*, 2015; Poeira *et al.*, 2019) e aos motivos evocados para os elevados níveis de insatisfação profissional entre os enfermeiros portugueses (baixa remuneração, ausência de autonomia profissional e progressão na carreira), acredita-se que a concretização e o desempenho de PAE em Portugal poderia contribuir para; diminuir a rotatividade dos enfermeiros nas organizações (Poeira e Mamede, 2011; Pereira, 2015; Leone *et al.*, 2015; Poeira *et al.*, 2019); aumentar a satisfação e retenção de profissionais, conforme enunciado pelos próprios aquando da realização do segundo estudo e como evidenciado pela literatura internacional (Delamaire *et al.*, 2010; Buchan e Calman, 2004; WHO, 2016; Bryant-Lukosius e Martin-Misener, 2016; Athey *et al.*, 2016; Faraz, 2016); combater a intenção de abandono profissional e a emigração (Pereira, 2015; OE, 2020), e o múltiplo emprego (Ferrinho *et al.*, 2007).

Acredita-se, portanto, face aos resultados alcançados, ser indispensável acautelar diferenças de género, conceptualizações, crenças e atitudes dos enfermeiros face à PAE aquando da discussão, desenho e implementação de uma política de revisão de *skill mix* que compreenda o desempenho de PAE, por EE, em Portugal.

4.5 Limitações metodológicas

No que concerne a *scoping review*, as limitações metodológicas prenderam-se com a necessidade de se limitar o número de estudos a serem revistos, dado a elevada quantidade de artigos que emergiu aquando da pesquisa nas bases de dados, o que pode ter excluído estudos com resultados relevantes, tendo em conta os objetivos traçados. O

facto de não se ter tratado de uma revisão sistemática levou a que não fossem equacionadas as limitações de contexto e metodológicas dos estudos revistos, e a que não se procedesse à avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos, o que pode condicionar, em parte, as conclusões retiradas.

As principais limitações metodológicas apontadas aos restantes estudos, transversais e de natureza quantitativa, prendem-se com o tamanho da amostra e a técnica de amostragem escolhida. Por esta se tratar de uma amostra não probabilística, obtida por técnica de *snowball*, a representatividade da população em estudo não está garantida, pelo que os resultados obtidos não são generalizáveis. Há a salientar, contudo, que a taxa de resposta foi, ainda assim, de aproximadamente 2.2%.

Admite-se que complementar o estudo quantitativo da análise da aceitabilidade de desempenho de PAE pelos EE (estudo II) com um estudo de metodologia qualitativa poderia subsidiar, e até aprofundar, a compreensão e análise dos resultados alcançados, contudo realça-se a quantidade e qualidade de informação disponibilizada pelos respondentes nas perguntas de resposta aberta e nos comentários tecidos ao longo do preenchimento do instrumento de colheita de dados que em muito elucidaram a tomada de posição adotada por cada um.

Em termos da validação do instrumento desenvolvido e utilizado neste estudo, reconhece-se a necessidade de realização de estudos adicionais que confirmem a estrutura encontrada (Análise Fatorial Confirmatória) e que avaliem a estabilidade temporal do instrumento validado (fiabilidade teste-reteste). Acredita-se, ainda assim, que o estudo inicial das propriedades psicométricas da ECA-PAE demonstrou que este instrumento pode ser válido na avaliação de crenças e atitudes dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal.

A implementação bem-sucedida de uma medida política depende da aceitabilidade social da intervenção pelos responsáveis pela intervenção (por exemplo, políticos e investigadores) bem como pelos destinatários (por exemplo, utentes ou profissionais de saúde). Assim sendo, reconhece-se a necessidade de se recolher informação junto dos demais intervenientes, nomeadamente decisores políticos, utentes e demais profissionais de saúde para avaliar a aceitabilidade social dos demais stakeholders.

O sucesso de uma política de RHS está condicionado por vários fatores. A aceitabilidade social é uma condição necessária, mas não suficiente, para a eficácia de uma intervenção.

O conhecimento gerado pelo presente estudo deverá ser, portanto, complementado e subsidiado por estudos que se debrucem sobre a capacidade técnica, a viabilidade política e sustentabilidade financeira antes de se optar por uma política de revisão de *skill mix* que compreenda a expansão da prática de enfermagem através da implementação de PAE.

Pese embora as limitações, crê-se que a presente investigação contribuiu para a discussão e produção de conhecimento sobre a pertinência e viabilidade da expansão do campo de exercício profissional dos enfermeiros em Portugal, e que os resultados alcançados constituem um contributo válido visto permitirem identificar factores que terão impacto na disponibilidade dos EE para o exercício de PAE, e que deverão ser levados em consideração caso se opte por uma política de revisão de competências e distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros.

4.6 Implicações para políticas futuras

O processo de construção e consolidação de políticas deve ser compreendido de forma dinâmica tendo em conta não só as alterações sociais e demográficas que resultam no surgimento de novas necessidades de saúde, como também o facto de que a materialização das políticas somente acontece por meio da ação concreta de diversos atores sociais e de atividades institucionais (Lucchese, 2004; Sampaio e Araújo, 2006).

No que concerne a revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros a investigação revelou que a abordagem deste tema, no âmbito das políticas de saúde nacionais não é recente. Desde o ano de 2007 que Dussault e Ferrinho (2007) indicam os desequilíbrios entre categorias e a impossibilidade de delegação de tarefas entre profissionais como limitadores da produtividade, realçando a necessidade de se desenvolver uma estratégia nacional que defina rácios baseados nas competências e práticas efetivas actuais e potenciais dos enfermeiros. Embora a estratégia de revisão de *skill mix* entre médicos e enfermeiros tenha sido amplamente proposta e a necessidade de expansão da prática de enfermagem reiteradamente sugerida nos anos subsequentes (OMS, 2010; ERS, 2011, 2014, Dussault e Fronteira, 2010; Barros, 2011; FCG, 2014; Buchan *et al.*, 2013; Temido e Dussault, 2014), tendo, inclusive, surgido algumas experiências que consentiam aos enfermeiros uma prática mais autónoma, ainda que circunscrita, e que se provaram meritosas, tais como a linha de Saúde 24 (agora SNS24), a introdução e aplicação do Sistema de Triagem de Manchester nas urgências e o papel do enfermeiro de família no

âmbito das USF, verificou-se sempre a existência de algum grau de oposição, por parte da comunidade médica, às mesmas (Campos, 2013; Renascença, 2016). A presente investigação parece elucidar, em parte, este fenómeno ao realçar a importância da clarificação do conceito PAE e das funções a serem desempenhadas pelos EPA para o sucesso da implementação, expansão e desenvolvimento desta prática em Portugal. A importância da regulação da prática também foi realçada pelos EE, que sentem a necessidade de protecção jurídica para exercer de forma declarada e ilimitada, não só as funções que afirmam já desempenhar no seu quotidiano profissional de forma absconsa, como outras que lhes possam vir a ser delegadas. Os estudos realizados revelaram ainda que, embora a PAE não se encontre implementada ou disseminada em Portugal nos mesmos termos e modalidades que em alguns países anglo-saxónicos, nalguns contextos, a atribuição à enfermagem de papéis, tradicionalmente desempenhados apenas por médicos é já uma realidade, o que reitera a necessidade de conhecer e avaliar as mudanças que já ocorrem de forma inovadora e até vanguardista no seio de algumas equipas multiprofissionais.

No que concerne a aceitabilidade de desempenho de PAE no âmbito da especialidade a investigação demonstrou que, se por um lado a disponibilidade evidenciada pelos EE para desempenhar PAE vem assegurar os decisores políticos do apoio, quase incondicional, destes profissionais para o desempenho de uma prática expandida de enfermagem, por outro lado a declaração inequívoca da necessidade de reconhecimento remuneratório e profissional para o desempenho da mesma vem colocar o ônus na questão do custo efectividade associado à implementação desta prática. Assim sendo, são necessários estudos que se debrucem sobre o impacto financeiro que o desempenho de PAE pode ter no orçamento global do SNS, sendo que os mesmos devem acautelar não só as diferenças salariais existentes entre profissionais, como também os ganhos obtidos em saúde, os custos de formação associados (recorde-se que embora os EE se sintam capacitados para o desempenho de PAE, mais de metade admite necessitar de formação adicional para o desempenho de PAE) e a necessidade de supervisão, monitorização e avaliação dos resultados numa fase inicial. Uma revisão de *skill mix* entre profissionais motivada apenas pela contenção de custos pode, portanto, não ser concretizável, especialmente se a curto prazo (Bourgeault, 2008). A eventual delegação de tarefas de enfermagem a outros profissionais e a apreciação do eventual impacto da implementação de PAE nos demais grupos profissionais também deve ser equacionada quando desta avaliação, isto porque

advogar a expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem sem uma ponderação prévia destes elementos pode agravar os desequilíbrios já existentes na força de trabalho e os custos com os RHS.

A expansão do exercício da PAE em contexto de alegada escassez de enfermeiros e excedente de médicos, apontada pelos EE como um entrave à implementação de PAE, parece ser encarada como injusta e iníqua. Contudo, conforme explanado anteriormente, os rácios da OCDE invocados para defender este argumento não são precisos, conforme reconhecido pela própria OCDE, seja pela dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal, que não permite definir de modo absolutamente confiável a força de trabalho que o país tem (Correia *et al.*, 2018), seja pelas diferenças metodológicas que existem a nível internacional no cálculo destes números, e que podem resultar numa sobre notificação no número de enfermeiros e sub notificação no número de médicos (Biscaia *et al.*, 2003, OCDE, 2019), o que parece ser atestado pelas iniquidades na distribuição geográfica dos primeiros e pelas taxas de desemprego e elevadas taxas de emigração dos segundos. Importa portanto desenvolver/ aprimorar sistemas de informação que permitam aferir, de forma inequívoca, o nº de profissionais disponíveis, e que possibilitem uma tomada de posição e de decisão baseada em evidência em vez de pressupostos, sendo que para tal se deverá envolver no processo as Ordens profissionais, tendo em vista o seu apoio e cooperação.

A visão dicotómica que prevalece na enfermagem, e que se prende com uma perspectiva mais biomédica (mais medicina na enfermagem) ou uma abordagem mais humanista, que englobe a essência do cuidar em enfermagem (mais enfermagem na enfermagem), também influencia a aceitabilidade de desempenho de PAE. Embora a presente investigação tenha revelado um maior consenso e disponibilidade para a realização de funções que impliquem a expansão do campo de ação da enfermagem, por via da gestão, ensino, investigação e intervenção/colaboração no desenho de políticas de saúde, a grande maioria (mais de 70%) dos EE manifestaram disponibilidade para desempenhar também funções que compreendem a avocação de tarefas médicas, muito vezes assim consideradas por força da prática instituída (diagnóstico diferencial de forma autónoma, gestão de doença crónica, prescrição e interpretação autónoma de MCDTs, gestão de episódios de doença). Esta informação confere ao decisor político margem para, por um lado, incorporar as preferências dos profissionais, por outro, atender às necessidades das populações. A interpretação destes resultados deve, contudo, levar em consideração que

o principal objetivo da expansão do campo de exercício da profissão de enfermagem não é a prática de atos médicos mas sim a conquista de uma maior autonomia clínica, baseada em modelos colaborativos de prestação de cuidados entre equipas multiprofissionais, que potencie a resposta dos sistemas de saúde às necessidades assistenciais das populações (DoH, 2010; Niezen *et al.*, 2014).

No que concerne às condicionantes da implementação de PAE em Portugal, os EE destacaram o envolvimento e apoio político e a aceitabilidade social por parte dos demais profissionais de saúde, particularmente da classe médica, como sendo os principais facilitadores. A elevada carga de trabalho, a oposição da profissão médica e a ausência de incentivos remuneratórios foram apontadas como os principais entraves ou barreiras.

O envolvimento político foi destacado por Dussault *et al.* (2003) e Bourgeault *et al.* (2008) como sendo impreterível para o sucesso de qualquer política, isto porque sem apoio político e uma liderança efetiva e eficaz, capaz de identificar necessidades, prioridades e objetivos, desenhar e implementar políticas adequadas e gerir as interações com outros sectores governamentais e agências reguladoras que tomam decisões com impacto na mão-de-obra da saúde (Cometto *et al.* 2020), por melhor que sejam, as políticas de saúde não passam da fase de planeamento, não chegando a ser efetivamente implementadas. Delamaire *et al.* (2010) destacam mesmo o papel das Ordens e associações profissionais de enfermagem na mobilização de apoio político, destacando a relevância que as mesmas tiveram em países, como sejam o RU e os EUA, onde a PAE teve vasto sucesso e disseminação.

Devido ao instinto de sobrevivência, cada grupo profissional procura defender e preservar o seu território de conhecimento, bem como as suas competências científicas e técnicas, procurando para tal delimitar fronteiras e definir barreiras que legitimem como sua determinada tarefa, papel ou função (Abbott, 1998, Delamaire *et al.*, 2010). Assim sendo, e atendendo aquilo que tem sido a experiência e realidade internacional, é expectável que haja forte contestação e objecção à revisão da distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros. Dubois *et al.* (2009) referem que desenvolver modalidades de financiamento por resultados alcançados em equipa que não envolvam perda de rendimento e benefícios e potenciem a partilha de tarefas e responsabilidades entre profissionais pode promover o trabalho em equipa e servir de alavanca para uma combinação mais eficiente do *skill mix*. Ao longo da investigação foi sobejamente atestada a forte oposição da classe médica

a qualquer expansão do campo de acção de enfermagem. Embora o antagonismo da profissão médica pareça prender-se com questões relacionadas com uma possível sobreposição de tarefas, papéis e funções entre os profissionais (Temido *et al.*, 2015), com preocupações concernentes às competências e conhecimentos dos enfermeiros e à atribuição de responsabilidades em casos de negligência, bem como com a insuficiente independência e autonomia dos enfermeiros para o exercício de uma prática avançada (Delamaire *et al.*, 2010), esta posição não se encontra, contudo, suficientemente documentada e fundamentada. Efectivamente, existem relatos informais, e por norma verbais, de que, em determinados contextos, e frequentemente no sector privado, a PAE já é uma realidade implementada, nomeadamente em contextos de bloco operatório (onde médicos anestesistas, responsáveis por mais do que um doente, assumem um papel de supervisão, delegando ao enfermeiros parte das suas funções) ou Hemodiálise (onde a terapêutica é frequentemente instituída de acordo com protocolos e fluxogramas e a mudança de banhos e alteração de parâmetros de diálise são ajustadas por enfermeiros). Estas experiências não são, contudo, sujeitas a monitorização e avaliação encontrando-se subdocumentadas, o que não só levanta questões éticas relativas à ausência de regulação da prática e responsabilização em caso de negligência, como questões relativas à certificação de competências para o desempenho destas funções e à remuneração iníqua e desadequada de profissionais com responsabilidades e funções acrescidas. A presente investigação atesta esta realidade pelo que urge reconhecer que a PAE se encontra parcialmente implementada, embora de forma absconsa e limitada, para se legislar, regular e remunerar o exercício da mesma, tendo em vista uma reformulação dos métodos de trabalho das equipas multiprofissionais que se traduza em ganhos de eficiência, efetividade e qualidade bem como na promoção da segurança de utentes e profissionais.

No que respeita a sobrecarga de trabalho que assola e impossibilita os EE, por norma séniores nas suas equipas de trabalho e com funções acrescidas de gestão e liderança, existem alternativas que poderiam aliviar a carga de trabalho dos EE para que estes possam desempenhar PAE, nomeadamente a contratação de mais enfermeiros generalistas e/ou delegação de algumas tarefas de enfermagem a quadros intermédios que, não possuindo formação superior, têm conhecimentos técnico científicos específicos para apoio à prestação de cuidados (Beja *et al.*, 2018). Tal permitiria libertar os EE para o exercício de funções diferenciadas, o que não só fomentaria um melhor aproveitamento das suas competências e habilitações como potenciaría a sua satisfação profissional, e

promoveria a produtividade e eficiência dos serviços de saúde, conforme sugerido pelos mesmos.

A otimização do *skill mix* da força de trabalho em saúde é um processo dinâmico (Dubois *et al.*, 2009) que apresenta múltiplos desafios para os decisores políticos. Os motivos que despoletam as iniciativas de revisão de *skill mix* são de variada ordem (Buchan e Dal Poz, 2002) e obedecem a diferentes estratégias, dependendo dos problemas que se pretendem solucionar, dos recursos disponíveis e dos interesses instalados (Dussault *et al.*, 2003).

O presente trabalho de investigação demonstrou que, em Portugal, a combinação de competências entre PS é simultaneamente um produto da história, do preconceito e da cultura (Payne e Keep, 2003), e que existem factores que condicionam a revisão da combinação de papéis entre médicos e enfermeiros e a implementação de uma prática avançada de enfermagem, nomeadamente a aceitabilidade social do desempenho de PAE pelos enfermeiros a nível nacional. A pesquisa evidenciou que existem condições que devem ser acautelados quando do desenho, implementação e desenvolvimento de PAE, e que as crenças e atitudes face aos potenciais benefícios/malefícios da PAE estão intrinsecamente associadas à sua aceitabilidade pelos enfermeiros portugueses.

Muito embora a realização do presente trabalho de investigação tenha sido extemporânea à pandemia provocada pela COVID 19, acredita-se que a mesma constitui uma oportunidade sem precedentes para a afirmação da Prática Avançada de Enfermagem em Portugal e no mundo.

A pandemia expôs fragilidades e deficiências dos Sistemas de Saúde, nomeadamente no que à gestão de Recursos Humanos em Saúde diz respeito.

Para atender aos desafios impostos pela COVID 19, e dar resposta às necessidades de saúde emergentes da população, foram activados planos de contingência, procedeu-se à mobilização intersectorial de profissionais, exigiu-se aos profissionais de saúde que suportassem jornadas de trabalho prolongadas e solicitou-se aos enfermeiros, nomeadamente aos de saúde pública e aos intensivistas, ainda que oficiosamente, que maximizassem o âmbito da sua prática para fazer face à procura de cuidados de saúde.

Enquanto prestadores de cuidados na “linha da frente” os enfermeiros, especialmente os peritos dentro de cada área de actuação, mostraram que eram vitais para reforçar os

serviços de saúde e ajudar na resposta nacional à pandemia, o que reforçou a imagem social dos enfermeiros.

Acredita-se, portanto, que este é o momento para reformar e otimizar a força de trabalho em saúde, reforçando e expandido o papel dos enfermeiros, reafirmando a importância da Enfermagem no contexto nacional, demonstrando o contributo que o desempenho de PAE já tem, e o que ainda poderá ter, caso esta prática seja reconhecida, otimizada e disseminada pelos diferentes níveis de prestação de cuidados em Portugal.

4.7 Conclusões

O Sistema de Saúde Português vê-se hoje em dia a braços com desafios potenciados pelas transições sociodemográficas e epidemiológicas que vêm causar constrangimentos à disponibilidade, acessibilidade, qualidade e sustentabilidade financeira dos serviços de saúde, colocando o ônus na utilização eficiente dos recursos disponíveis. Projetar intervenções de saúde eficazes para garantir os melhores resultados clínicos alcançáveis com os recursos disponíveis não é, contudo, tarefa fácil. Porque os RHS representam o maior custo e o maior investimento na prestação de cuidados, acredita-se ser impreterível a sua optimização para a garantia da sustentabilidade financeira de um SNS de saúde que se quer universal e tendencialmente gratuito, nomeadamente através da reorganização da força de trabalho em saúde.

O presente trabalho de investigação propôs-se contribuir para a discussão da viabilidade da reorganização da força de trabalho em saúde em Portugal mediante implementação de PAE, debruçando-se para tal sobre a aceitabilidade social de uma política de revisão de papéis profissionais que compreendesse a expansão do campo de exercício da enfermagem através do exercício de PAE por EE em Portugal.

A pesquisa revelou que:

- As inconsistências existentes na nomenclatura, regulação e requisitos educacionais da PAE a nível internacional fragilizam a prática, dificultam e limitam a sua implementação e disseminação, pelo que urge uma maior consensualização na conceptualização de PAE tendo em vista a sua globalização;
- O sucesso da implementação de PAE em Portugal parece estar dependente do consenso generalizado entre dirigentes políticos, profissionais, utentes e sociedade civil, da

aplicação de legislação em vigor, que já consente o exercício de uma prática de enfermagem mais expandida, do desenvolvimento de regulação adicional específica, e da criação de incentivos que viabilizem, regulem e promovam uma prática mais expandida e abrangente da enfermagem. Acredita-se que definir e clarificar, à luz da evidência internacional e junto da comunidade de Enfermagem e das demais partes envolvidas, o conceito de PAE, e esclarecer os interessados relativamente às funções a serem desempenhadas pelos EPA e competências requeridas para o exercício das mesmas, pode contribuir para a desmistificação de preconceitos e a promoção da aceitabilidade social.

- Embora parte das funções atribuídas e desempenhadas pelos EE em Portugal pareçam, à luz da conceptualização internacional, inserir-se no âmbito da PAE, é imperioso que se legisle e regule o exercício da PAE em Portugal de modo a que este possa ser menos limitado e mais abrangente, permitindo o exercício da totalidade das competências dos EE.

- Parece ser consensual, para a amostra de EE em estudo, que a implementação de PAE é pertinente, relevante e exequível embora requeira ajustes curriculares, apoio político e envolvimento dos demais profissionais, sendo que a grande maioria dos EE aceitaria desempenhar PAE no âmbito da sua especialidade;

- Não obstante o reconhecimento da existência de barreiras e entraves ao desempenho de PAE em Portugal, acredita-se que os mesmos podem ser ultrapassadas através do compromisso e envolvimento da classe política e de uma forte liderança, que priorize as necessidades das populações em detrimento dos interesses e corporativismos profissionais.

- O instrumento de recolha de dados, que inclui a escala ECA-PAE, pode constituir-se um instrumento válido na avaliação de crenças e atitudes dos enfermeiros face à implementação de PAE em Portugal, permitindo caracterizar e diferenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE por EE.

- O modelo preditivo da aceitabilidade de desempenho de PAE em estudo permite explicar cerca de 67% da variância da aceitabilidade de desempenho de PAE, entre EE, e identificar factores que deverão ser acautelados quando do desenho de uma política de revisão de competências e distribuição de tarefas entre médicos e enfermeiros.

- Para potenciar a aceitabilidade de desempenho de PAE pelos EE é necessário

demonstrar, através de evidência e factos, o impacto positivo que a PAE pode ter no sistema de saúde Português, abordar eventuais diferenças de género, ter em consideração as crenças e atitudes dos enfermeiros face à PAE, assegurar o exercício de uma prática autónoma e a atribuição de incentivos remuneratórios e de progressão na carreira que se coadunem com a responsabilidade inerente ao exercício de PAE.

Em suma, assumir um compromisso político que envolva a implementação e desempenho de uma PAE que englobe a visão dos enfermeiros acautelando, não só mas também, os seus interesses e preferências, pode viabilizar e potenciar o sucesso de uma política de RHS desta natureza.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abdi, H., & Williams, L. J. (2010). Principal component analysis. *Wiley interdisciplinary reviews: computational statistics*, 2(4), 433-459. <http://dx.doi.org/10.1002/wics.101>
2. Almeida, A., & Coelho, P. (2010, Outubro). Enfermagem Avançada: conhecer a história para planear o futuro. Comunicação apresentada no I Encontro Ibérico da História de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Campus de Asprela, Porto.
3. Almeida, M. (2019, Julho 22). Costa crítica práticas restritivas da Ordem dos Médicos para limitar acesso à formação. *Diário de Notícias*. Disponível em <https://observador.pt/2019/07/22/costa-critica-praticas-restritivas-da-ordem-dos-medicos-para-limitar-acesso-a-formacao/>
4. Amendoeira, J. (2012, Setembro). Enfermagem Avançada: saberes no presente a consolidar no futuro. Comunicação apresentada na Escola Superior de Saúde Santarém, Santarém.
5. American Association of Nurse Practitioners. (2019). *State Practice Environment*. Disponível em: <https://www.aanp.org/advocacy/state/state-practice-environment>
6. Anderson, S., Allen, P., Peckham, S., & Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health research policy and systems*, 6(1), 1-12.
7. Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
8. Atkins, S., & Ersser, S. J. (2000). Education for advanced nursing practice: an evolving framework. *International Journal of Nursing Studies*, 37(6), 523-533. DOI: [10.1016/s0020-7489\(00\)00030-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00030-4).
9. Attree, M., Flinkman, M., Howley, B., Lakanmaa, R. L., Lima-Basto, M., & Uhrenfeldt, L. (2011). A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom*/England. *Journal of nursing management*, 19(6), 786–802. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01214.x>

10. Athey, E. K., Leslie, M. S., Briggs, L. A., Park, J., Falk, N. L., Pericak, A., ... & Greene, J. (2016). How important are autonomy and work setting to nurse practitioners' job satisfaction?. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(6), 320-326. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12292>
11. Australian College of Nursing. (2019). *A New Horizon for Health Services: Optimizing Advanced Practice Nursing—A White Paper by ACN 2019*. Disponível em: <https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/white-paper-optimising-advanced-practice-nursing.pdf>
12. Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *Australia's health 2018*. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/63fe0895-b306-4375-95ff-162149ffc34b/aihw-aus-221-chapter-2-1.pdf.aspx>
13. Babbie, E. (2005). *Métodos de pesquisas de survey*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
14. Baltazar, M. (2014, Março 31). Enfermeiros a renovar receitas médicas: governo quer Troika exige. *Jornal de Negócios* Disponível em: http://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/enfermeiros_a_renovar_receitas_medicas_governo_quer_troika_exige
15. Barnett, J. & Berchick, E. (2017). *Health Insurance Coverage in the United States: 2016: Current Population Reports*, U.S. Disponível em: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2017/demo/p60-260.pdf>
16. Barreira, L. (2019, Agosto 10). Prescrição por enfermeiros: um caminho incontornável. *Observador*. Disponível em: <https://observador.pt/opiniao/prescricao-por-enfermeiros-um-caminho-incontornavel/>
17. Barros PP. (2011, Outubro). *Substitution at the margin: physicians vs nurses*. Presentation at the 12th National Conference on Health Economics. Lisbon.
18. Barton, T. D., Bevan, L., & Mooney, G. (2012). Advanced nursing. Part 1: The development of advanced nursing roles. *Nursing Times*, 108(24), 18-20.
19. Barton, T. D., Bevan, L., & Mooney, G. (2012). Advanced nursing. Part 2: A governance framework for advanced nursing. *Nursing times*, 108(25), 22–24.

20. Barton, T. D., Bevanet, L., & Mooney, G. (2012). Advanced nursing 3: what does the future hold for advanced nursing. *Nurs Times*, 108(26), 19-21.
21. Beja, A. Sem data. *Auxiliares de Saúde em Portugal: percurso e desafios*. Consultado em Julho, 19, 2020. Disponível em http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/artigo_auxiliares_de_saude_em_pt_abeja.pdf
22. Beja, A., Esteves, R., Temido, M., Dussault, G., & Craveiro, I. (2018). Workforce innovations for better performing health systems in Europe: linking evidence, policy and practice. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 17, 51-56.
23. Beja, A., Craveiro, I., Correia, T., Guerreiro, C. S., & Ferrinho, P. (2020). Auxiliares de saúde em Portugal: evolução do perfil, atividade e formação no setor público entre 1971 e 2019. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 19, 97-106.
24. Bickman, L., & Rog, D. J. (Eds.). (2008). *The SAGE handbook of applied social research methods*. Sage publications.
25. Biscaia, A., Conceição, C., Martins, J., & Ferrinho, P. (2003). Política e gestão dos recursos humanos na Saúde em Portugal—controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19(3), 281-9.
26. Borja-Santos, R. (2015, Janeiro 15). Médico rejeitam alargamento “inútil e prejudicial” das funções dos enfermeiros. *Jornal Público*. disponível em: <https://www.publico.pt/2015/01/15/sociedade/noticia/medicos-rejeitam-alargamento-inutil-e-prejudicial-das-funcoes-dos-enfermeiros-1682288>
27. Borja-Santos (2015, Janeiro 9). ERS quer mais enfermeiros no SNS e com funções alargadas. *Público*. Disponível em <https://www.publico.pt/2015/01/09/sociedade/noticia/entidade-reguladora-da-saude-quer-mais-enfermeiros-no-sns-e-com-funcoes-alargadas-1681720>
28. Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E., Wrede, S., & World Health Organization. (2008). *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* (No. EUR/07/5065810). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
29. Brassard, A. (2015). APRN Policy and Payment. *Nurse Leader*, 13(2), 36-38.

30. Brooten, D., Youngblut, J. M., Deosires, W., Singhala, K., & Guido-Sanz, F. (2012). Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 906-912.
31. Bryant-Lukosius, D. (2014). Back to the future: Advancing the global evolution of advanced practice nursing. In *Keynote address at 8th International Council of Nurses Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse Network Conference, Helsinki*, 18-20.
32. Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 530-540.
33. Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 519-529.
34. Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., & DiCenso, A. (2015). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 21(5), 763-781.
35. Bryant-Lukosius, D., & Martin-Misener, R. (2016). ICN policy brief: advanced practice nursing: an essential component of country level human resources for health. In *ICN*.
36. Bryant-Lukosius, D., Valaitis, R., Martin-Misener, R., Donald, F., Peña, L. M., & Brousseau, L. (2017). Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25.
37. Buchan, J. & O'May, F. (2000). Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources Development Journal* 4 (2), 111-118.
38. 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*. 6(4): 233-238.
39. Buchan, J., & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World health Organization*, 80, 575-580.

40. Buchan, J., & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 575-580.
41. Buchan, J. & Calman, L. (2004). Skill mix and policy changes in the health workforce: nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers*, 17. OECD Publishing; 2004. Disponível em <https://www.oecd.org/els/health-systems/33857785.pdf>
42. Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(SPE), 38-46.
43. Callaghan, L. (2008). Advanced nursing practice: an idea whose time has come. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 205-213.
44. Campos, A. (2013, Agosto, 27). Ordem quer triagem de doentes nas urgências feita apenas por médicos. *Jornal Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2013/08/27/jornal/ordem-quer-triagem-de-doentes-nas-urgencias-feita-apenas-por-medicos-27008217>
45. Campos, A. & Freitas, A. (2015, Janeiro 8). Enfermeiros podem vir a pedir exames de diagnóstico na triagem das urgências. *Jornal Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2015/01/08/sociedade/noticia/enfermeiros-podem-vir-a-pedir-exames-de-diagnostico-na-triagem-das-urgencias-1681650>
46. Campos, A. (2017, Maio 11). Médicos não querem que enfermeiros façam diagnósticos. *Jornal Público*. Disponível em <https://www.publico.pt/2017/05/11/sociedade/noticia/medicos-nao-querem-ver-enfermeiros-a-fazer-diagnosticos-1771681>
47. Campos, A. (2020, Junho 17). Faculdades de Medicina podem abrir mais vagas mas não o vão fazer. *Jornal Público*. Disponível em <https://www.publico.pt/2020/06/17/sociedade/noticia/faculdades-medicina-podem-abrir-vagas-nao-vaio-1920816>
48. Canadian Nurses Association. (2016). *The Canadian Nurse Practitioner Initiative: A 10-Year Retrospective*. Disponível em <https://cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/canadian-nurse-practitioner-initiative-a-10-year-retrospective.pdf?la=en&hash=406D8F34F947CFD94DA04AE0CF56A739514D01B7>

49. Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/en/~media/nurseone/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e
50. Canadian Nurses Association. (2019). *Advanced practice nursing: a pan-Canadian framework*. Disponível em <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf>
51. Cardoso, D., Pascoal, P. M., & Rosa, P. J. (2020). Facing polyamorous lives: translation and validation of the attitudes towards polyamory scale in a Portuguese sample. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(1), 115-130.
52. Carney, M. (2016). Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 105-114.
53. Carvalho, J., Rosa P.J., e Pereira, B. (2018). Dynamic Risk Factors Characterizing Aggressive Sexual Initiation by Female College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-23.
54. Casey, M., O'Connor, L., Cashin, A., Smith, R., O'Brien, D., Nicholson, E., O'Leary, D., Fealy, G., McNamara, M., Glasgow, M. E., Stokes, D., & Egan, C. (2017). An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse education today*, 56, 35–40.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.004>
55. Casey, N., & Smith, R. (1997). Bringing nurses and doctors closer together. *BMJ (Clinical research ed.)*, 314(7081), 617–618.
<https://doi.org/10.1136/bmj.314.7081.617> .
56. Cashin, A., Buckley, T., Donoghue, J., Heartfield, M., Bryce, J., Cox, D., Waters, D., Gosby, H., Kelly, J., & Dunn, S. V. (2015). Development of the Nurse Practitioner Standards for Practice Australia. *Policy, politics & nursing practice*, 16(1-2), 27–37.
<https://doi.org/10.1177/1527154415584233>
57. Cassidy, A. (2012). Health Policy Brief: Nurse Practitioners and Primary Care. Federal and state laws and other policies limit how these professional can help meet the growing need for primary care. *Health Affairs*, 25, 1-4.

58. Castro, J., Lago, H., Fornelos, M., Novo, P, Saleiro, R., & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 157-172.
59. Chief Nursing Officer Directorate UK. (2017). *Transforming nursing, midwifery and health professions roles: introduction*. Disponível em <https://www.gov.scot/publications/transforming-nursing-midwifery-health-professions-roles-introduction/>
60. Chief Nursing Officer Directorate. (2017). *Transforming nursing, midwifery and health professions roles: pushing the boundaries to meet health and social care needs in Scotland. Paper 2. Advanced nursing practice*. Disponível em <https://www.gov.scot/publications/transforming-nursing-midwifery-health-professions-roles-advance-nursing-practice/>
61. Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*, 295(2), 295-336.
62. Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
63. Cochran, W. G. (1952). The chi-squared test of goodness of fit. *Annual of Mathematical Statistics*, 23-315.
64. Cochran, W. G. (1954). Some methods for strengthening the common χ^2 tests. *Biometrics*, 10(4), 417-451.
65. Coelho, J. (2019, Julho 22). Ordem dos Médicos acusa Costa de confundir o seu papel ao falar de práticas restritivas. *Observador*. Disponível em <https://observador.pt/2019/07/22/ordem-dos-medicos-acusa-costa-de-confundir-o-seu-papel-ao-falar-de-praticas-restritivas/>
66. Cometto, G., Buchan, J., & Dussault, G. (2020). Developing the health workforce for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 109–116. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234138>
67. Conselho Nacional de Saúde. (Outubro de 2017). Fluxos financeiros no SNS. Disponível em: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/fluxos-financeiros-sns-2017.pdf>

68. Constituição da República Portuguesa, artigo 64°. Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10.
69. Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Dubois, C. A., Perroux, M., Beaulieu, M. D., Brault, I., ... & Sansgter-Gormley, E. (2015). A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0731-5>
70. Correia, M. (2016). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.
71. Correia, T., Dussault, G., Gomes, I., Augusto, M., Temido, M., & Nunes, P. (2018). Recursos humanos na saúde: o que se sabe e o que falta saber. In *Relatório Primavera 2018*. (pp. 68-107). Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
72. Correia, T., Gomes, I., Nunes, P., & Dussault, G. (2020). Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making? *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(3), 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.014>
73. Costa., C, Tyner, K., Rosa, P. J., Sousa, C. & Henriques, S. Desenvolvimento e Validação da Escala de Literacia Mediática e Informacional para Alunos dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico em Portugal. *Revista Lusófona de Educação*, 41, 11-28.
74. De Raeve, P., Xyrichis, A., Gomez Recio, S., & Clocchiatti, A. (2014). The politics of health workforce planning and forecasting. *Eurohealth*, 20(4), 19-22.
75. Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>
76. Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde (1998). Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/175784/details/maximized>
77. Decreto-Lei n.º 247/2009 do Ministério da Saúde (2009). Diário da República n.º 184/2009, Série I de 2009-09-22. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/122322392/201905270100/73707313/diplomaExpandido/indice>
78. Delamair, 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, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/5kmbrefms5g7-en>.

79. De Milt, D. G., Fitzpatrick, J. J., & McNulty, S. R. (2011). Nurse practitioners' job satisfaction and intent to leave current positions, the nursing profession, and the nurse practitioner role as a direct care provider. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(1), 42-50. doi:[10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x)
80. Department of Health and Social Services and Public Safety. (2016). *Advanced Nursing Practice Framework. Supporting Advanced Nursing Practice in Health and Social Care Trusts*. Disponível em https://nipec.hscni.net/download/projects/current_work/promote_profdevelopment/career_pathway_for_district_nursing/documents/DoH-Advanced-Nursing-Practice-Framework.pdf
81. Department of Health (DoH). 2010. *Advanced level nursing: a position statement*. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215935/dh_121738.pdf
82. DeVellis, R. F. (1991). *Applied social research methods series, Vol. 26. Scale development: Theory and applications*. Sage Publications, Inc.
83. Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT). 2020. *Boletim do Trabalho e Emprego, nº 40 de 29 de outubro de 2020*. Disponível em <https://www.dgert.gov.pt/indice-do-bte-n-o-40-de-29-de-outubro-de-2020>
84. DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I. ... & Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 211-238. doi:10.12927/cjnl.2010.22279
85. DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., Kaasalainen, S., Harbman, P., Carter, N., Kioke, S., Abelson, J., McKinlay, R. J., Pasic, D., Wasyluk, B., Vohra, J., & Charbonneau-Smith, R. (2010). Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 23 Spec No 2010, 15-34. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22267>
86. Direção-Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP). (2020). *Síntese Estatística do Emprego Público (SIEP) 4º trimestre de 2019*. Disponível em: https://www.dgaep.gov.pt/upload/DIOEP/2019/SIEP4T/DGAEP-DIOEP_SIEP_2019_T4_14022020.pdf

87. Dovlo D. (2004). Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human resources for health*, 2(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-7>
88. Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: a concept analysis. *International journal of nursing practice*, 19(2), 131–140. <https://doi.org/10.1111/ijn.12050>
89. Dragon, N. (2016). Advanced practice nursing: A level in its own right. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 24(2), 16.
90. Driscoll, A., Worrall-Carter, L., O'Reilly, J. & Stewart, S. (2005). A historical review of the nurse practitioner role in Australia. *Clinical excellence for nursing practitioners*, 9(3), 141-152.
91. Dubois CA, McKee & Nolte E. (2006). Human resources for health in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Berkshire: Open University Press. Disponível em https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf
92. Dubois, CA. & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health* 7, 87. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-87>
93. Duffield, C., Gardner, G., Chang, A. M., & Catling-Paull, C. (2009). Advanced nursing practice: a global perspective. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 16(2), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2009.02.001>
94. Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-1>
95. Dussault, G., & Ferrinho, P. (2007). A health workforce strategy for Portugal. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 47(3), 235–240.
96. Dussault G. & Fronteira I., 2010. Recursos Humanos para a Saúde (RHS) Plano Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Portugal).
97. Ellis, J., & Morrison, E. (2010). Understanding advanced practice nursing. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 23 Spec No 2010, 12–14. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22266>

98. Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf.
99. Entidade Reguladora da Saúde. 2014. *Custos de contexto no sector da saúde*. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1214/ERS_-_Estudo_Custos_de_contexto.pdf
100. Entidade Reguladora da Saúde. (2019). *Informação de monitorização tempos de espera no SNS – Janeiro a Maio de 2018*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2518/ERS_-_Tempos_de_espera_Mai.2019_publicar_.pdf
101. European Commission. (2019). Portugal Health Care & Long-Term Care Systems. In *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. Institutional paper 104*. Disponível em https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/joint-report_pt_en_0.pdf
102. Fagerström L. (2012). The impact of advanced practice nursing in healthcare: recipe for developing countries. *Annals of neurosciences*, 19(1), 1–2. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.180401>
103. Faraz A. (2016). Novice Nurse Practitioner Workforce Transition Into Primary Care: A Literature Review. *Western journal of nursing research*, 38(11), 1531–1545. <https://doi.org/10.1177/0193945916649587>
104. Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Hipólito, F., & Dussault, G. (2007). Multiple employment in the health sector in Portugal. *Cahiers de sociologie et de demographie medicales*, 47(3), 331–346.
105. Field, A. (2009) *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd Edition). Sage Publications Ltd., London.
106. Fitzgerald, S. M., & Wood, S. H. (1997). Advanced practice nursing: back to the future. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 26(1), 101–107. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb01512.x>
107. Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da conceção à realização* (5ªEd). Loures: Lusociência

108. Francisco, S. (2019, Dezembro 5). Formar médicos no privado? Nem a Católica passa no exame. *Diário de Notícias*. Disponível em <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/06-dez-2019/formar-medicos-no-privado-nem-a-catolica-passa-no-exame-11588677.html>
109. Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (3ªEd). Lisboa: Instituto Piaget.
110. Fronteira, Inês, Jesus, Élvio Henriques, & Dussault, Gilles. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (1), 273-282. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
111. Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., Auh, E. Y., Vujicic, M., & Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human resources for health*, 9, 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-1>
112. Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro para a Saúde: Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa, Portugal: Gráfica Maiadouro S.A.
113. Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2019). Despesas do Estado em % do PIB 1972 - 1919: Saúde. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+percentagem+do+PIB+ou+algumas+fun%C3%A7%C3%B5es-2778>
114. Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2019). População residente com 15 e mais anos, segundo os Censos, com o ensino superior completo: total e por sexo. PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos++segundo+os+Censos++com+o+ensino+superior+completo+total+e+por+sexo-192>
115. Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2019). Indicadores de envelhecimento. PORDATA. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
116. Furlong, E., & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice: policy, education and role development. *Journal of clinical nursing*, 14(9), 1059–1066. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01220.x>
117. Gardner, G., Chang, A., & Duffield, C. (2007). Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of*

- advanced nursing*, 57(4), 382–391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04114.x>
118. Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1079–1090. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x>
119. George, D. & Mallery, P. (2013) *SPSS for Windows Step by Step A Simple Guide for Reference 11.0 Update* (4th Ed). Boston: Allyn & Bacon.
120. Ghiglione, R. & B. Matalon (1995). *O Inquérito- Teoria e Prática*. Oeiras. Celta Editora.
121. Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis*. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
122. Gouveia, M., Silva, NS., Oliveira, P. & Miguel LS. (2006). Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. Lisboa: Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
123. Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
124. Grupo Técnico Independente. (2018). Guimarães, M. (coord), Ramos, F.; Reis, F; Martins, H.; Liberal, J; Laetitia; Fonseca, L.; Mendão, L.; Almeida, M.; Nogueir, P.; Santana, R. *Relatório Avaliação dos sistemas de gestão do acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/GTI.pdf>
125. Guimarães, M. (2019, Novembro 13). Bastonário da Ordem dos Médicos: “O principal problema do SNS é o capital humano”. *Jornal Médico*. Disponível em <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/38063-bastonario-da-ordem-dos-medicos-o-principal-problema-do-sns-e-o-capital-humano.html>
126. Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis* (3rd ed). New York: Macmillan Publishing Company.
127. Halliwell S, Sibbald B, Rose S. (2000), A bibliography of skill mix in primary care the sequel. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.

128. Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2013). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
129. Hamric, A. (2000). A definition of advanced nursing practice. In: Hamric, A., Spross, J., Hanson, C. (Eds.), *Advanced nursing practice: An integrative approach* (pp. 53-73). Philadelphia: W. B. Saunders.
130. Heale, R., & Rieck Buckley, C. (2015). An international perspective of advanced practice nursing regulation. *International nursing review*, 62(3), 421–429. <https://doi.org/10.1111/inr.12193>
131. Health Education England. (2020). *Core Capabilities Framework for Advanced Clinical Practice (Nurses) Working in General Practice / Primary Care in England*. Disponível em <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/ACP%20Primary%20Care%20Nurse%20Fwk%202020.pdf>
132. Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7341), 819–823. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>
133. Hu, J., & Forgeron, P. (2018). Thinking, educating, acting: Developing advanced practice nursing. *International journal of nursing sciences*, 5(2), 99–100. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.006>
134. Hudelson, P. M., & World Health Organization. (1994). *Qualitative research for health programmes* (No. WHO/MNH/PSF/94.3. Unpublished). World Health Organization. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62315/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
135. International Council of Nurses. (2018). *Nurse Practitioner / Advanced Practice Nursing Network: definition and characteristics of the role: International AANP*. Disponível em <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
136. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine.

- (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. National Academies Press (US).
137. Jakimowicz, M., Williams, D., & Stankiewicz, G. (2017). A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC nursing*, 16, 6. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0198-7>
138. Jamieson, L., & Williams, L. M. (2002). Confusion prevails in defining 'advanced' nursing practice. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 9(4), 29–33. [https://doi.org/10.1016/s1322-7696\(08\)60431-x](https://doi.org/10.1016/s1322-7696(08)60431-x)
139. Jornal Médico. (2015, Fevereiro 24). Enfermeiros portugueses vão poder prescrever e solicitar exames *Jornal Médico*. Disponível em: <https://www.jornalmedico.pt/mundo/30562-enfermeiros-portugueses-vaio-poder-prescrever-e-solicitar-exames.html>
140. Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., Carter, N., & DiCenso, A. (2010). A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 23 Spec No 2010, 35–60. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22268>
141. Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little jiffy, mark IV. *Educational and psychological measurement*, 34(1), 111-117.
142. Kaplan, L., Skillman, S. M., Fordyce, M. A., McMenamin, P. D., & Doescher, M. P. (2012). Understanding APRN distribution in the United States using NPI data. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(8), 626-635. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.05.022>
143. Karnick P. M. (2011). Clarifying advanced practice nursing. *Nursing science quarterly*, 24(3), 215. <https://doi.org/10.1177/0894318411409435>
144. Ketefian, S., Redman, R. W., Hanucharurnkul, S., Masterson, A., & Neves, E. P. (2001). The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *International nursing review*, 48(3), 152–163. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2001.00065.x>
145. Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American journal of health-system*

- pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 65(23), 2276–2284. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>
146. King, R., Tod, A., & Sanders, T. (2017). Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 32(14), 43–50. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10858>
147. Kleinpell R. M. (2003). Measuring advanced practice nursing outcome, strategies and resources. *Critical care nurse, Suppl*, 6–10.
148. Kleinpell, R., & Gawlinski, A. (2005). Assessing outcomes in advanced practice nursing practice: the use of quality indicators and evidence-based practice. *AACN clinical issues*, 16(1), 43–57. <https://doi.org/10.1097/00044067-200501000-00006>
149. Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., DeKeyser Ganz, F., East, L., Fraser, D., Kam Yuet Wong, F., & Beauchesne, M. (2014). Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide. *Online journal of issues in nursing*, 19(2), 5.
150. Kvam, R. (2017). *Meaningful Stakeholder Consultation: IDB series on Environmental and Social Risk and Opportunity*. Washington: Inter-American Development Bank. <http://dx.doi.org/10.18235/0000776>
151. Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
152. Lei n° 9/2009 de 4 de Março, artigo 39º, n°2, alínea b). Diário da República n.º 44/2009 - Série I de 2009-03-04. Lisboa. Disponível em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/122316375/202005141537/73704298/diploma/indice?p_p_state=maximized
153. Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Henriques de Jesus, É., Sermeus, W., Aiken, L., & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(12), 1584–1592. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.006>

154. Lopes, M., Gomes, S., & Almada-Lobo, B. (2018) *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
155. Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P., & Boyd, L. (2012). Time to clarify--the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of advanced nursing*, 68(3), 677–685. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x>
156. Lucchese, P. T. (2004). Políticas públicas em saúde pública. *São Paulo: Bireme/OPAS/OMS*, 90.
157. Maier C. B. (2015). The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(12), 1627–1635. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.002>
158. Maier C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human resources for health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
159. Mantzoukas, S., & Watkinson, S. (2007). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of clinical nursing*, 16(1), 28–37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x>
160. Masanet, E. (2017). Processes and experiences of Portugal's international recruitment scheme of Colombian physicians: Did it work? *Health Policy*, 121(8), 929-935.
161. Martins, J., Biscaia, A., & Antunes, A. R. (2007). Professionals entering and leaving the Portuguese health services system. *Cahiers de sociologie et de demographie medicales*, 47(3), 275–291.
162. Marsden J. (2013). Advanced practice in nursing, a United Kingdom (UK) and international perspective. *Insight (American Society of Ophthalmic Registered Nurses)*, 38(2), 16–18.
163. Marsden, P. V., & Wright, J. D. (Eds.). (2010). *Handbook of survey research*. Emerald Group Publishing.
164. Mateus, C. (2019, Agosto, 31). Ordem dos Médicos 'trava' Faculdade de Medicina da Católica. *Jornal Expresso*. Disponível em

<https://expresso.pt/sociedade/2019-08-31-Ordem-dos-Medicos-trava-Faculdade-de-Medicina-da-Catolica>

165. McDonald R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
166. Mercer, H., Dal Poz, M., Adams, O., Stilwell B., Buchan, J., Dreesch, N.; Zurn, P.; Beaglehole, R. (2003). Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change. *Studies in HSO&P*, 21, 451-482
167. Ministério da Saúde. (2019). Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2018. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS_SNS-2018-002.pdf
168. Miranda Neto, Manoel Vieira de, Rewa, Talita, Leonello, Valéria Marli, & Oliveira, Maria Amélia de Campos. (2018). Prática avançada em enfermagem: uma possibilidade para a Atenção Primária em Saúde? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 1), 716-721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>
169. Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
170. Muller, L. S., & Flarey, D. L. (2003). Defining advanced practice nursing. *Lippincott's case management : managing the process of patient care*, 8(6), 230–231. <https://doi.org/10.1097/00129234-200311000-00002>
171. Nardi, D. A., & Diallo, R. (2014). Global trends and issues in APN practice: engage in the change. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 30(3), 228–232. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.09.010>
172. National Council of State Boards of Nursing. (2008). *Consensus model for APRN regulation: Licensure, accreditation, certification & education*. Disponível em https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf
173. National Council of State Boards of Nursing. NCSBN. (2019). *APRN in the US*. Disponível em <https://www.ncsbn.org/aprn.htm>
174. 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.
175. Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., Wilson, R. F., Fountain, L., Steinwachs, D. M., Heindel, L., & Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing economics*, 29(5), 230–251.
176. Newman, C.; Stilwell, B.; Rick, S.; Peterson, K. (2019). *Investing in the power of nurse leadership what will it take?* Disponível em <https://www.intrahealth.org/resources/investing-power-nurse-leadership-what-will-it-take>
177. Niezen, M. G., & Mathijssen, J. J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 117(2), 151–169. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.016>
178. Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York, NY: Dover Publications.
179. Nunes, Lucília. (2014, 30 de Março). Prescrição por Enfermeiros. [post em blog] Disponível em <https://conversamos.wordpress.com/2014/03/30/prescricao-por-enfermeiros/>
180. Nunes, P.; Fronteira, I. (2020). Desempenho de Prática Avançada de Enfermagem por Enfermeiros Especialistas em Portugal – Uma análise da aceitabilidade. Manuscrito em preparação.
181. Nursing and Midwifery Board of Australia. (2013). *Fact sheet on advanced practice nursing*. Disponível em [file:///C:/Users/Admin/Desktop/Nursing-and-Midwifery-Board---Fact-Sheet---Advanced-practice-nursing%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Admin/Desktop/Nursing-and-Midwifery-Board---Fact-Sheet---Advanced-practice-nursing%20(1).PDF)
182. Nursing and Midwifery Board of Australia. NMBA. (2018). *Nurse practitioner standards for practice*. Disponível em <https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards/nurse-practitioner-standards-of-practice.aspx>
183. O’Grady, E. T. (2008). Advanced Practice Registered Nurses: The Impact on Patient Safety and Quality. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An*

- Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
184. Oliveira, A. P., Dussault, G., & Craveiro, I. (2017). Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal. *Human resources for health*, 15(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0194-3>
185. Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura_10anos_2008.pdf
186. Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Estatística de Enfermeiros, membros activos*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11127/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf
187. Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Membros ativos especialistas*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11129/2017_dadosestatisticos_especialistas.pdf
188. Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Membros ativos especialistas*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf
189. Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Pedidos de Enfermeiros ultrapassam os 4 mil em 2019*. Consultado em outubro 5, 2020, em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/pedidos-de-enfermeiros-ultrapassam-os-4-mil-em-2019/>
190. Ordem dos Médicos. (2019). *Algarve: Falta de médicos é “gravíssima”*. Consultado em Setembro, 12, 2020, em <https://ordemosmedicos.pt/algarve-falta-de-medicos-e-gravissima/>
191. Ordem dos Médicos. (2020). *Ordem alerta que Hospital de Setúbal está em risco de perder várias especialidades se não houver investimento*. Consultado em Outubro, 18, 2020, em <https://ordemosmedicos.pt/ordem-alerta-que-hospital-de-setubal-esta-em-risco-de-perder-varias-especialidades-se-nao-houver-investimento/>
192. Silva, A. P. (2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
193. Parecer n.º 35/2018 do Ministério Público, Procuradoria Geral da República. Diário da República n.º 34/2019, 2º Suplemento, Série II de 2019-02-18. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/home/>

- [/dre/119685149/details/maximized?serie=II&day=2019-02-18&date=2019-02-01&dreId=119685143](https://dre/119685149/details/maximized?serie=II&day=2019-02-18&date=2019-02-01&dreId=119685143)
194. Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/67058782/details/5/maximized?serie=II&dreId=67059992>
195. 169. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
196. OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
197. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt>.
198. OECD. (2020). Health spending (indicator). <https://doi.org/10.1787/8643de7e-en>
199. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
200. Ordem dos Médicos. (2015). *OM dá parecer negativo a requisição de exames por protocolos associados à Triagem de Manchester*. Disponível em <https://ordemosmedicos.pt/om-da-parecer-negativo-a-requisicao-de-exames-por-protocolos-associados-a-triagem-de-manchester/>
201. Ordem dos Médicos. (2017). *Parecer da OM relativamente à Lei n.º 34/ XIII*. Disponível em <https://ordemosmedicos.pt/pareceres-juridicos/>
202. Organização Mundial da Saúde (2010). *Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde - o caminho para a Cobertura Universal*. Disponível em https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1
203. Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS (5a ed.)*. Lisboa: Edições Silabo

204. Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., da Rocha, E. C., & da Silva Junior, J. A. (2013). Corra que o survey vem aí. Noções básicas para cientistas sociais. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 6, 7-24.
205. Parker, J. M., & Hill, M. N. (2017). A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *International journal of nursing sciences*, 4(2), 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.002>
206. Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe), 992-999. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>
207. Payne, J., & Keep, E. (2003). Re-visiting the Nordic approaches to work re-organization and job redesign: lessons for UK skills policy. *Policy studies*, 24(4), 205-225. <https://doi.org/10.1080/0144287042000216108>
208. Pearson, A., & Peels, S. (2002). Advanced practice in nursing: international perspective. *International journal of nursing practice*, 8(2), S1–S4.
209. Peixoto, T., & Peixoto, N. M. (2013). Futuro da Enfermagem: uma perspectiva oportuna. *Revista Sinais Vitais*, 110, 29-37.
210. Pereira, C. (2015). Vidas Partidas. Enfermeiros Portugueses no Estrangeiro. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-56-7
211. Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
212. Pinto, M. & Santos, D. (2017, 11 de Maio) Médicos em guerra contra enfermeiros. *Correio da Manhã*. Disponível em <https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/medicos-em-guerra-contr-enfermeiros>
213. Pires, C., Rosa, P. J., Vigário, M., & Cavaco, A. (2019). Validation of a new tool for evaluating subjects' satisfaction with medicine package leaflets: a cross-sectional descriptive study. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 137(5), 454–462. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0123160919>
214. Pires, C., Rosa, P., Vigário, M., & Cavaco, A. (2018). Short Assessment of Health Literacy (SAHL) in Portugal: development and validation of a self-administered tool. *Primary health care research & development*, 20, 1–18. Advance

- online publication. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000087>
215. Poghosyan, L., Liu, J., Shang, J., & D'Aunno, T. (2017). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health care management review, 42*(2), 162–171. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000094>
216. Poeira, A. & Mamede, R. (2011). Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. *Revista de Enfermagem Referência, ser III* (4), 107-114.
217. Poeira, A., Mamede, R., & Martins, M. (2019). Os preditores à mudança de profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, ser IV* (22), 73-83. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV19010>
218. Ponterotto, J. G., & Ruckdeschel, D. E. (2007). An overview of coefficient alpha and a reliability matrix for estimating adequacy of internal consistency coefficients with psychological research measures. *Perceptual and motor skills, 105*(3 Pt 1), 997–1014. <https://doi.org/10.2466/pms.105.3.997-1014>
219. Proposta de Lei nº 34/XIII da Presidência do Conselho de Ministros. (2016) Diário da República: II série A, N.º13/XIII/2 2016.10.14. Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c31684a53556b76644756346447397a4c33427762444d304c56684a53556b755a47396a&fi ch=ppl34-XIII.doc&Inline=true>
220. Pulcini, J. 2009. Advanced practice nursing: Moving beyond the basics. In A.Barker, (Ed.), *Advanced Practice Nursing: Essential Knowledge for the Profession* (pg. 23-30). Disponível em http://samples.jbpub.com/9781449665067/Chapter_2.pdf
221. Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 42*(1), 31–39. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x>
222. Queirós, P. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Investigacion y educacion en enfermeria, 33*(1), 83–91. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a10>

223. Queirós, P. (2017). Editorial: Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18(2), 7-9.
224. Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (5ªEd.). Lisboa: Gradiva.
225. Ramos, P., & Alves, H. (2017). Migration intentions among Portuguese junior doctors: Results from a survey. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121(12), 1208–1214. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.016>
226. Ranganathan, P., Pramesh, C. S., & Aggarwal, R. (2017). Common pitfalls in statistical analysis: Logistic regression. *Perspectives in clinical research*, 8(3), 148–151. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_87_17
227. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
228. Regulamento n.º 168/2011. Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Diário da República n.º 47/2011, Série II de 2011-03-08. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/1979442/details/maximized>
229. Relvas, J. (2020, Junho 17). Bastonário avisa que aumento de vagas em medicina vai baixar qualidade do ensino. *Observador*. Disponível em <https://observador.pt/2020/06/17/bastonario-avisa-que-aumento-de-vagas-em-medicina-vai-baixar-qualidade-do-ensino/>
230. Ribeiro, J. S., Conceição, C., Pereira, J., Leone, C., Mendonça, P., Temido, M., Vieira, C. P., & Dussault, G. (2014). Health professionals moving to... and from Portugal. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 114(2-3), 97–108. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.009>
231. Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>
232. Ribeiro, O.; Martins, M.; Tronchin, D.; Forte, E. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27 (2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
233. Richmond, T. S., e Becker, D. (2005). Creating an advanced practice nurse-friendly culture: a marathon, not a sprint. *AACN clinical issues*, 16(1), 58–66. <https://doi.org/10.1097/00044067-200501000-00007>

234. Rigoli, F., & Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human resources for health*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-9>
235. Roberts, P., & Priest, H. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 20(44), 41–45. <https://doi.org/10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560>
236. Rogerson, P. A. (2001). *Statistical methods for geography*. London: Sage.
237. Rosa, P. J., Lopes, P., Oliveira, J., & Pascoal, P. (2016, October). Does Length Really Matter? Effects of Number of Pages in the Informed Consent on Reading Behavior: An Eye-Tracking Study. In *International Workshop on ICTs for Improving Patients Rehabilitation Research Techniques*, 116-125. [Springer International Publishing](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31111-1_11).
238. Rother, Edna Terezinha. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
239. Russo, G., Ferrinho, P., de Sousa, B. *et al.* What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal. *Hum Resour Health* **10**, 12 (2012). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-12>
240. Royal College of Nursing. (2012). *Advanced Nurse Practitioners. An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*. Disponível em <https://www.gpinsomerset.com/wp-content/uploads/2018/10/Competences-Advanced-nurse-practitioners-an-RCN-guide-.pdf>
241. Royal College of Nursing. (2018). *Advanced Level Nursing Practice Section I: The registered Nurse Working At an Advanced Level of Practice* Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006895>
242. Royal College of Nursing. (2018). *Advanced Level Nursing Practice Section 2: Advanced level nursing practice competencies*. Disponível em <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006896>
243. Royal College of Nursing. (2018). *Advanced Level Nursing Practice Section 3: RCN accreditation and credentialing*. Disponível em <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-006897>

244. Royal College of Nursing. (2019). Standards for Advanced Level Nursing Practice. Disponível em <https://www.rcn.org.uk/library/subject-guides/advanced-nursing-practice>
245. Royal College of Nurses. (2020). *Advanced nursing practice*. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/library/subject-guides/advanced-nursing-practice>
246. Royal College of Nursing. (2020). *RCN Credentialing for Advanced Level Nursing Practice Handbook for applicants*.
247. Ryan, M. E. & Ebbert, D. W. (2013). Nurse practitioner satisfaction: Identifying perceived beliefs and barriers. *Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), 428–434.
248. Sampaio, J., & Araújo Jr, J. L. (2006). Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(3), 335-346.
249. Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1178–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x>
250. Santos, N. (2019, Julho 22). Costa diz que Ordem dos Médicos veda acesso à profissão. Clínicos devolvem críticas. *Jornal Público*. Disponível em <https://www.publico.pt/2019/07/22/politica/noticia/costa-critica-praticas-restritivas-ordem-medicos-limitar-acesso-formacao-1880790>
251. Saramago, J. (2019, Julho 23). António Costa culpa Ordem pela falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde. *Correio da Manhã*. Disponível em <https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/antonio-costa-culpa-ordem-pela-falta-de-medicos-no-servico-nacional-de-saude>
252. Savrin C. (2009). Growth and development of the nurse practitioner role around the globe. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 23(5), 310–314. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2008.10.005>
253. Scanlon, A., Cashin, A., Bryce, J., Kelly, J. G., & Buckely, T. (2016). The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian

- context. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 23(1), 129–142. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.009>
254. Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. *BMC family practice*, 14, 132. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-132>
255. Schiestel, C. (2007). Job satisfaction among Arizona adult nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(1), 30–34. doi:[10.1111/j.1745-7599.2006.00187.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00187.x)
256. Schober M. (2006). Advanced nursing practice: an emerging global phenomenon. *Journal of advanced nursing*, 55(3), 275–276. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03971_2.x
257. Schober M. (2018). Global emergence of nurse practitioner/advanced practice nursing roles. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(4), 182–184. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000029>
258. Schober, M. (2007). The Global Emergence of Advanced Practice Nurses in Providing Home and Community Health Care Services. *Home Health Care Management & Practice*, 20(1), 34–40. <https://doi.org/10.1177/1084822307305379>
259. Schober, M., & Affara, F. A. (2006). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. Oxford ; Malden, MA: Blackwell Pub.
260. Schober, M., & Stewart, D. (2019). Developing a consistent approach to advanced practice nursing worldwide. *International nursing review*, 66(2), 151–153. <https://doi.org/10.1111/inr.12524>
261. Schreck, I. e Amorim, J. (2019, Novembro 20). Aumenta o tempo de espera das cirurgias a doentes oncológicos. *Jornal de notícias*. Disponível em <https://www.jn.pt/nacional/aumenta-o-tempo-de-espera-das-cirurgias-a-doentes-oncologicos-11532650.html>
262. Schweigert, W. (1994) *Research methods and statistics for psychology*. Brooks/Cole Publishing Company.
263. Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical

- framework. *BMC health services research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
264. Sheer, B., & Wong, F. K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 40(3), 204–211. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x>
265. Sibbald, B., Shen, J., & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research & policy*, 9 Suppl 1, 28–38. <https://doi.org/10.1258/135581904322724112>
266. Simões J., Augusto GF., Fronteira I., & Hernández-Quevedo C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184.
267. Shmueli, G. (2010). To explain or to predict? *Stat. Sci.*, 25 (3), 289-310. <http://dx.doi.org/10.1214/10-STS330>
268. Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
269. Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência, serIV* (16), 147-154. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV17076>
270. Simoes, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health systems in transition*, 19(2), 1–184.
271. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 2017. Tomada de posição de um grupo de Enfermeiros sobre a posição da OM relativa à proposta Lei nº 34/ XIII. Disponível em https://sep.org.pt/files/uploads/2017/05/sep_23052017_Grupo_Enfermeiros_Texto_integral.pdf
272. Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). Como fazer investigações, Dissertações, Teses e Relatórios Segundo Bolonha (2ª Edição ed.). Lisboa: PACTOR
273. Souza, A. C., Alexandre, N., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>

274. Stasa, H., Cashin, A., Buckley, T., & Donoghue, J. (2014). Advancing advanced practice - clarifying the conceptual confusion. *Nurse education today*, 34(3), 356–361. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.012>
275. Steinke, M. K., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2018). An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally. *International nursing review*, 65(2), 162–172. <https://doi.org/10.1111/inr.12389>
276. Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: The use and misuse of factor analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(3), 135–140. <http://doi.org/10.1177/070674379403900303>
277. Suárez-Álvarez, J., Pedrosa, I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., Cuesta, M., & Muñoz, J. (2018). Using reversed items in Likert scales: A questionable practice. *Psicothema*, 30(2), 149–158. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.33>
278. Temido M, Craveiro I, Dussault G. (2015). Percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 6(4): 75-85. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14076>
279. Temido, M. & Dussault, G. (2014). Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.11.002>
280. Temido, M. (2014). *Exequibilidade de uma revisão da combinação de papéis profissionais entre médicos e enfermeiros em Portugal*. Tese de doutoramento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. Portugal.
281. Temido, M., & Dussault, G. (2015). How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(4), 475–487. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.005>
282. The Nurse Practitioner Reference Group. (2018). *Report from the Nurse Practitioner Reference Group*. Disponível em [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/BEB6C6D36DE56438CA258397000F4898/\\$File/NPRG%20Final%20Report%20-%20v2.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/BEB6C6D36DE56438CA258397000F4898/$File/NPRG%20Final%20Report%20-%20v2.pdf)

283. Thompson, D. R., & Watson, R. (2003). Advanced nursing practice: what is it?. *International journal of nursing practice*, 9(3), 129–130. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2003.00424.x>
284. Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R., & Maxwell, M. (2020). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 104, 103443. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>
285. Tuohy, S., Reilly, P. A., & Hayday, S. (2006). *Changing Skill Mix: A Recipe for Success*. Institute for Employment Studies.
286. Witten, I.H., & Frank, E. (2005). *Data mining: Practical machine learning tools and techniques. 2nd Edition*. Burlington: Morgan Kaufmann Publisher.
287. World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Disponível em https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
288. World Health Organization. (2008). *Task shifting: global recommendations and guidelines*. Disponível em <https://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf?ua=1>
289. World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>
290. World Health Organization (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
291. Woo, B., Lee, J., e Tam, W. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
292. Wright K. D. (2003). Advanced practice nursing: issues unresolved and requiring feedback. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 30(5), 237–238. [https://doi.org/10.1016/s1071-5754\(03\)00345-0](https://doi.org/10.1016/s1071-5754(03)00345-0)

6. ANEXOS

Anexo I – Lista de documentos Internacionais selecionados para análise de conteúdo e Principais Conclusões

Título do documento	Autor/Ano	Objetivo do estudo	Desenho de estudo	Principais Conclusões
Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation.	Bryant-Lukosius et al. (2004)	Discutir 6 fatores que condicionam a introdução de papéis de PAE	Revisão narrativa da literatura	<p>Considerados os factores que condicionam a introdução de PAE: Confusão na terminologia; Definição clara de papéis e objetivos; ênfase no papel de substituição de médicos por enfermeiros; subutilização de todos os domínios da PAE; incapacidade de abordar fatores ambientais que comprometem e limitam o desempenho de PAE; utilização limitada de prática baseada na evidência para orientar o desenvolvimento, implementação e avaliação da PAE.</p> <p>A introdução de PAE é complexa e dinâmica. A introdução de PAE para fins específicos compromete e limita a sua utilização. É necessário desenvolver e avaliar a efetividade de estratégias para superar barreiras sistêmicas para a implementação de funções de PAE. É ainda necessário desenvolver e implementar um processo colaborativo, sistemático e baseado em evidências que disponibilize informação que suporte a necessidade de implementação de PAE e defina claramente o papel da PAE. Há ainda que apoiar uma orientação da enfermagem para a PAE, criar ambientes que apoiem o desenvolvimento de funções de PAE, e fornecer avaliação contínua desses papéis relacionados a objetivos pré-determinados</p>
Global considerations in measuring effectiveness of advanced practice nurses. International Journal of Nursing Studies	Brooten et al, 2012	Rever questões relacionadas com os <i>outcomes</i> (medidas) utilizados na avaliação e documentação da eficácia de PAE	Revisão narrativa da literatura	<p>Os outcomes selecionados para demonstrar a eficácia das EPA devem ser de especial relevância para a população da região, país e sistema de saúde onde os estudos são realizados;</p> <p>Os estudos devem levar em consideração o impacto que o nº de EPA disponíveis, a região ou país, a disponibilidade de cuidados, o tipo de PAE implementada em termos de formação, especialização e experiência e a resposta organizacional, governamental ou receptividade social podem ter nos resultados apurados.</p>

<p>Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Access to Health</p>	<p>Bryant-Lukosius et al., 2017</p>	<p>Analisar o papel da PAE a nível internacional tendo em vista a redação de um relatório relativo ao desenvolvimento desta prática na América Latina e no Caribe, com o intuito de apoiar a cobertura universal de saúde e o acesso universal à saúde.</p>	<p>Revisão narrativa da literatura</p>	<p>Dada a evidência da sua eficácia a nível internacional, as PAE constitui-se uma estratégia de recursos humanos ideal para a promoção da acessibilidade e garantia da cobertura universal em saúde.</p> <p>As principais barreiras à implementação de PAE incluem: a falta de clareza do seu papel, a escassez de legislação/regulamentação, questões de educação/formação indispensável ao desempenho desta prática, ausência de mecanismos de financiamento e remuneração dos EPA e a forte oposição e resistência médica.</p> <p>É necessária uma liderança forte de enfermagem para alinhar o papel da PAE com as prioridades políticas. Há que trabalhar em colaboração com os profissionais e os decisores políticos para a sucesso da implementação da PAE e das funções a serem exercidas quando do exercício da mesma.</p> <p>A avaliação sistemática das necessidades de saúde dos países e da população é indispensável para introduzir a combinação mais adequada de PS, complementar os papéis PAE e formatar sua aplicação. A análise da introdução do papel do EPA em outros países pode fornecer um roteiro para a implementação desta prática noutros países.</p> <p>Existe um corpo substancial de evidências internacional sobre o impacto positivo do papel da PAE para melhorar os resultados de saúde dos utentes e comunidades, a qualidade do atendimento e a eficiência do sistema de saúde.</p> <p>A implementação de PAE pode contribuir para suprir as necessidades em saúde dos países e para melhorar o acesso e a cobertura de saúde universal.</p> <p>O alinhamento dos resultados da PAE com políticas de saúde prioritárias e o desenvolvimento de uma coligação de líderes de enfermagem que inclua setores de prestação de cuidados de saúde, académicos e setores políticos de saúde são indispensáveis para apoiar a introdução de PAE nos diferentes países. Avançar a PAE vai exigir a participação de outros líderes setoriais.</p>
<p>Advanced Nursing Practice: An Idea Whose</p>	<p>Callaghan , 2008</p>	<p>Analisar criticament e o conceito de PAE e demonstrar,</p>	<p>Revisão narrativa da literatura</p>	<p>Um vasto corpo de evidências tem demonstrado que PAE trouxe uma melhoria nos resultados dos pacientes, pelo que os EPA têm um papel valioso para uma contribuição benéfica e para o</p>

<p>Time Has Come.</p>		<p>através de uma apreciação crítica, a importância do desenvolvimento do papel do EPA.</p>		<p>preenchimento de lacunas nos serviços de saúde:</p> <p>O desenvolvimento de papéis de PAE engloba aspectos de extensão e expansão, mas também envolve níveis mais elevados de autonomia clínica despoletados pelas necessidades dos pacientes de uma maior escolha e acessibilidade.</p> <p>PAE pode compreender a admissão de determinados doentes, incluir a colheita de história, avaliação clínica, diagnóstico provisório, prescrição de MCDTs, a alta institucional de pacientes e avaliação da prática de enfermagem. A referenciação para um médico ou outro PS só seria necessário se o paciente o solicitasse ou se a EPA considerasse necessário. Esta inovação pode levar a que os doentes sejam admitidos mais rapidamente, redução dos tempos de espera e redução de custos e resultar em poupanças significativas para o sistema de saúde.</p> <p>Os EPA têm vindo a desenvolver os seus conhecimentos e a implementar modelos de prestação de serviços de enfermagem autónomos, ainda que em colaboração com outros profissionais, para garantir uma prestação de cuidados de alta qualidade.</p> <p>O conceito PAE surgiu na Irlanda em contexto de crescentes demandas e mudanças.</p> <p>A liderança, autonomia, expertise, investigação, prática baseada em evidências, consultoria, colaboração e tomada de decisão clínica são apontadas como componentes essenciais para a evolução contínua do papel do EPA.</p> <p>Embora a ideia do profissional de enfermagem avançado seja relativamente nova na Irlanda, é o resultado de uma ideia cuja hora chegou e não há nada mais poderoso do que uma ideia cujo tempo chegou</p>
<p>Regulation of advanced nurse practice: its existence and regulatory dimensions from an international perspective</p>	<p>Carney, 2016</p>	<p>Explorar a regulação da PAE internacionalmente e identificar diferenças e semelhanças</p>	<p>Revisão de literatura de 510 artigos académicos de enfermagem publicados em CINAHL, Pubmed e MEDLINE</p>	<p>A falta de regulamentação coloca dificuldades aos governos nacionais e à sociedade devido à incerteza quanto ao conceito e papel da PAE.</p> <p>Os países adotaram diferentes sistemas de regulação de PAE e alguns têm diferentes sistemas de regulação de PAE dentro do mesmo país, outros existem que não têm qualquer forma de regulação de PAE.</p> <p>Os sistemas de regulação de PAE foram desenvolvidos para autorizar práticas avançadas</p>

			entre 2002 e 2013.	<p>mediante certificação profissional e licenciamento. Os mecanismos de regulação e as entidades reguladoras servem para proteger a segurança pública, contudo os países europeus não regulam a PAE e alguns tampouco reconhecem este papel.</p> <p>Os EPA podem contribuir para a promoção da regulação da PAE, se assim não for a confusão em torno da nomenclatura e demais conceitos (papel, funções a serem desempenhadas) evidente em vários países perpetuar-se-á e resultará numa maior fragmentação do título, funções a serem desempenhadas, papel do EPA e responsabilidades.</p>
Advanced practice nursing: concept analysis.	Dowling et al, 2013	Analisar o conceito de Prática Avançada de Enfermagem e elucidar os elementos-chave: atributos, antecedentes e consequências.	<p>O referencial metodológico para o estudo foi o modelo de análise conceitual de Walker e Avant (2011), estruturado mediante uma revisão integrativa da literatura conduzida nos meses de maio e junho de 2017. A busca foi realizada nas bases de dados Scopus, PubMed, CINAHL, Web of Science, Science Direct, Cochrane e Lilacs,</p>	<p>A expansão do papel da PAE surgiu, entre outros fatores, da necessidade de melhorar: o acesso ao cuidado e a saúde da população; capacidade de prestação de assistência à saúde; custo-efetividade dos serviços; e qualidade e coordenação da assistência;</p> <p>A PAE teve foco principalmente nos CSP na prestação de cuidados a populações urbanas e rurais.</p> <p>A falta de médicos em países como os EUA e as dificuldades da população em ter acesso à assistência de saúde foram os principais fatores contribuintes ao desenvolvimento e crescimento da PAE em 1960;</p> <p>PAE permite melhorar a assistência aos utentes e utilizar o tempo e os recursos de forma mais eficiente (incluindo gastos com assistência médica)</p> <p>Embora haja consenso sobre os benefícios da PAE, existem obstáculos que limitam o grau de implementação do papel e sua autoridade para a prática.</p> <p>Os esforços médicos para conter a expansão da PAE, principalmente no que concerne a prescrição de medicamentos e alguns tratamentos, são um dos principais obstáculos, isto porque várias tarefas comumente realizadas por médicos figuram entre as competências do EPA. Estes profissionais manifestam ainda preocupações com a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados prestados pelos EPA.</p> <p>A expansão do papel da PAE surgiu, entre outros fatores, da necessidade de melhorar: o acesso ao cuidado e a saúde da população; capacidade de prestação de assistência à saúde;</p>

			<p>custo-efetividade dos serviços; e qualidade e coordenação da assistência;</p> <p>EPA têm especialidades e competências clínica e de avaliação que melhoram a prestação de cuidados, decorrentes de sua educação e experiências práticas. Nos CSP realizam funções de nível avançado com qualidade e altos índices de satisfação entre os pacientes;</p> <p>A preparação educacional a nível de mestrado ou doutoramento é uma característica importante dos EPA visto o desempenho de PAE envolver o ensino e a pesquisa;</p> <p>Devido à falta de uma compreensão sólida e informada das ações autônomas e independente dos EPA, quando faltam cuidados médicos pacientes e familiares podem sentir insegurança quanto à prestação de cuidados por EPA. É, por isso, indispensável definir claramente o papel dos profissionais com vistas ao desenvolvimento de uma prática sustentável e confiável;</p> <p>A percepção dos médicos e enfermeiros sobre a introdução do papel da PAE, identifica como benefícios da PAE a assistência e a segurança do paciente, a otimização das ações e da prática baseada em evidências e o aumento do <i>status</i> profissional. Esses fatores ajudam a melhorar a percepção de outros profissionais e pacientes sobre a imagem da PAE;</p> <p>Para que a PAE seja implementada é necessário apoio político, da direção dos serviços de saúde, das equipes de saúde, dos docentes de enfermagem e dos próprios profissionais, com vista a priorizar o treino e formação que atendam às necessidades da população e garantam uma assistência segura e de qualidade;</p> <p>Urge regulamentação e padronização dos currículos de pós-graduação para atender aos requisitos de preparação de EPA e para promover os benefícios potenciais que a mudança no currículo de enfermagem pode oferecer.</p> <p>É necessária uma força unificada para o exercício de uma PAE com autonomia e independência suficientes na execução de avaliações clínicas, diagnósticos e ações prescritivas.</p> <p>O EPA pode promover maior acesso ao atendimento de grupos de risco, pessoas em</p>
--	--	--	---

				<p>áreas rurais ou remotas, populações de alto risco em unidades de cuidados críticos e especializados e melhores resultados no tratamento de pessoas com doenças crônicas.</p> <p>Um profundo conhecimento do papel do EPA apoia sua integração no sistema de saúde e incentiva os profissionais a buscar maiores informações.</p>
Advanced nursing practice: a global perspective.	Duffield et al., 2009	Rever os títulos, papéis e âmbito da prática dos EPA internacionalmente.	<p>Revisão da Literatura. Pesquisa em CINAHL, Medline, e banco de dados Cochrane da Systematic Reviewsw 1982 - 2005. Pesquisa complementada com procura em <i>sites</i> governmentais de saúde e organizações profissionais</p>	<p>Há muitas denominações para os EPA e embora as funções que eles exercem sejam semelhantes, é frequente enfermeiros que desempenham papéis similares terem, entre países e dentro do mesmo país, títulos diferentes.</p> <p>Não obstante as diferenças em termos de nomenclatura, regulação, funções e papéis desempenhados pelos EPA no RU, EUA, Austrália, Nova Zelândia e Canadá, existem características comuns.</p> <p>Embora a comunidade internacional reconheça a necessidade de haverem padrões regulamentados de educação, títulos e âmbito de ação de PAE, existem falhas na standardização e definição do papel do EPA o que cria confusão e acarreta possíveis riscos para o público, e diminui a reputação da profissão de enfermagem em geral;</p> <p>Existe consenso nacional na Austrália sobre a definição e padrões de competência para o <i>nurse practitioner</i> mas não há consistência em outros papéis de PAE que são definidos dentro de jurisdições locais;</p> <p>Existem semelhanças entre os padrões australianos e internacionais para a admissão e exercício de papéis PAE. Os requisitos educacionais mínimos são ao nível de mestrado na maioria dos estados.</p> <p>Nos EUA o termo PAE é reconhecido para vários papéis com funções bem definidas a nível estadual ou local. O Conselho Nacional de Conselhos Estaduais de Enfermagem supervisiona os conselhos reguladores do país e estão a desenvolver para a consistência de todas os EPA;</p> <p>Existem diferenças nas competências de papel de um <i>clinical nurse specialist</i> no RU, EUA e Canadá. Na Austrália, os CNS têm um papel clínico direto em uma especialidade de prática, e muitas vezes gerem enfermarias e funcionários e assumem também um papel com elevada carga clínica. O papel de um CNS no</p>

				<p>Canadá ou EUA é mais alinhado com o papel do CNC na Austrália;</p> <p>AS Enfermeiras-parceiras são consideradas como EPA nos EUA, enquanto no RU, Nova Zelândia e Austrália, têm uma formação diferente dos demais enf.</p> <p>Internacionalmente, há reconhecimento formal da necessidade de programas de formação e educação e um sistema de credenciamento e regulação comum, contudo atualmente a PAE ainda não é uma prática transversal, padronizada e generalizada a todos os países;</p> <p>Embora o papel do NP esteja adquirindo alguma consistência prevalece uma ausência de clareza que gera confusão em torno da noção de PAE e fragiliza a PAE e o seu reconhecimento bem como o avanço da carreira de enfermagem.</p>
Understanding advanced practice nursing	Ellis e Morrison, 2010	Ponto de situação da PAE no Canadá	Artigo de opinião com base numa revisão da literatura	<p>A PAE existe no Canadá desde a década de 1960, quando os <i>nurse practitioners</i> (NP) foram introduzidos principalmente para lidar com a escassez de médicos de CSP em áreas rurais e remotas;</p> <p>Ao longo dos últimos 10 anos, a PAE passou de uma prática pouco fundamentada, em termos de literatura e evidência disponível para uma prática com um corpo crescente de evidências que demonstram o seu valioso papel;</p> <p>Os EPA estão a fazer grandes avanços em todo o Canadá, estando inclusive a ser integrados em práticas tradicionais, que compreendem o pagamento de uma taxa por serviço;</p> <p>Há uma tendência crescente para o uso de equipas interdisciplinares nos CSP, o que engloba um maior nº de NPs. Estão a emergir oportunidades para uma maior expansão do papel do CNS em instituições de cuidados diferenciados e prolongados;</p> <p>Recomendações para avançar o papel dos EPA no Canadá, incluem a padronização dos requisitos regulatórios e educacionais da PAE e a expansão de formação sobre interprofissionalismo em programas de educação profissional em saúde, envolvimento de grupos de <i>stakeholders</i> chaves para facilitar a implementação de PAE.</p> <p>Falta evidência relativa ao impacto económico da PAE pelo que uma análise económica sólida</p>

				<p>da relação custo-eficácia do papel dos EPA é crucial</p> <p>Os progressos na investigação e na política de saúde em matéria de educação e implantação de PAE têm sido positivos e há um nº crescente de EPA.</p>
<p>The impact of advanced practice nursing in healthcare: recipe for developing countries.</p>	<p>Fagerström, 2012</p>	<p>Apresentar uma breve revisão da investigação internacional relativa ao impacto da PAE nos cuidados de saúde, descrevendo os resultados mais pertinentes da PAE que poderiam ser úteis para os países de média baixa renda com recursos escassos.</p>	<p>Artigo de opinião com base em revisão da literatura</p>	<p>A crescente procura de CS combinada com uma escassez de Clínicos Gerais (GPs) forçaram os políticos em muitos países a reavaliar a distribuição de tarefas de trabalho e áreas de responsabilidade entre diferentes profissionais de saúde:</p> <p>As funções e o âmbito de ação da prática dos enfermeiros tem expandido em muitos países e a qualidade e o custo-benefício dos sistemas de saúde tem vindo a melhorar;</p> <p>PAE é um termo genérico para vários tipos de enfermagem e inclui enfermeiras atuando em diversas funções avançadas. A conceptualização e educação de enfermeiros (NPs), ou enfermeiras de prática avançada (APNs) provém dos EUA, década de 1960. A APN hoje abrange enfermeiras especialistas, NPs, parteiras e enfermeiras anestesistas.</p> <p>Durante as últimas duas décadas, os EPA tornaram um grupo profissional bem estabelecido nos EUA, Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e Holanda. Nos países nórdicos, os primeiros EPA formaram-se na Suécia em 2005 e na Finlândia em 2006;</p> <p>Os EPA possuem competência para avaliar, diagnosticar e tratar problemas e situações de saúde normais e / ou agudos, e para acompanhar e tratar de condições crônicas. Estão capacitados para avaliar a situação e o histórico de saúde de um paciente (anamnese), avaliar e identificar a necessidade de atendimento do utente, solicitar MCDTs e prescrever medicamentos (os direitos variam de país para país), bem como encaminhar utentes para cuidados adicionais e / ou admitir ou dar alta hospitalar, prestando assim cuidados holísticos;</p> <p>As Oito competências essenciais do modelo Nórdico de PAE são: prática clínica direta, tomada de decisões éticas, treinamento e orientação, consultoria, cooperação, gestão de casos, pesquisa e desenvolvimento e liderança.</p> <p><i>Outcomes</i> relacionados com prestação de cuidados:</p>

			<p>Utentes que recebem cuidados EPA tiveram menos readmissões por insuficiência cardíaca e passaram menos dias no hospital; Nos CSP os NPs aumentaram a satisfação dos utentes, aumentaram a duração da consulta e realizaram mais investigações do que os Clínicos Gerais, sendo que não houveram diferenças nos resultados de saúde ou nas prescrições. Os resultados vistos nas avaliações iniciais dos cuidados de PAE na Suécia e na Finlândia corresponderam aos das demais pesquisas internacionais; Os EPA contribuem para aumentar o acesso aos cuidados, liberam o tempo de clínicos gerais e oferecem cuidados adequados;</p> <p><i>Outcomes</i> relacionados com os utentes (intervenções que afetam a percepção, preferências ou conhecimento do paciente):</p> <p>Nos SU os utentes relataram níveis mais elevados de satisfação com os cuidados dos EPA em comparação com os cuidados de CG, mas não foram encontradas diferenças em relação aos sintomas, tempos de recuperação ou reinternamento entre estes dois grupos; Uma meta-análise de 75 estudos evidenciou que os desfechos dos pacientes são semelhantes para EPA e CG em relação ao estado funcional, glicemia, pressão arterial, ida a serviços de emergência, hospitalização e mortalidade; Um estudo de avaliação do impacto de PAE nos cuidados paliativos evidenciou melhorias significativas na qualidade de vida (funcionamento emocional e cognitivo) e uma diminuição nos scores de ansiedade;</p> <p><i>Outcomes</i> de desempenho (medem o efeito das intervenções da PAE na qualidade do cuidado, habilidades interpessoais, qualidade técnica, integridade da documentação e abrangência do exame clínico): Uma revisão de Cochrane sobre a substituição de CG por enfermeiros nos CSP concluiu que enfermeiros devidamente formados prestam cuidados de qualidade com bons resultados em saúde, sendo que os processos de cuidados, a utilização de serviços e a relação custo-eficácia foram considerados equivalentes ou superiores aos cuidados de saúde prestados por CG.</p> <p>Os EPA podem satisfazer as necessidades de cuidados reais e futuros, tanto em hospitais como em cuidados primários, e fornecer uma</p>
--	--	--	---

				<p>solução inovadora para melhorar o acesso aos cuidados de saúde;</p> <p>A prestação de cuidados por EPA a doentes não diagnosticados com problemas de saúde indiferenciados fornece os mesmos resultados que o tratamento por CG.</p> <p>A gestão de doença crónica em idosos por EPA diminui os internamentos não programados e aumenta a adesão aos cuidados. EPA com formação a nível de mestrado, com formação clínica e extensa experiência de trabalho, adotam uma abordagem holística e pessoal, baseada numa relação de confiança com os pacientes e constituem a base da PAE. A implementação bem-sucedida da PAE requer apoio político organizacional e de gestão, avaliação contínua e boa cooperação entre colegas, especialmente no que diz respeito à cooperação entre EPA e CGs.</p>
<p>The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review</p>	<p>Woo et al., 2017</p>	<p>Apresentar, avaliar criticamente e sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre o impacto da EPA na qualidade dos cuidados, resultados clínicos, satisfação dos utentes e impacto nos custos em ambientes de cuidados intensivos e de emergência.</p>	<p>Revisão sistemática da Literatura</p>	<p>O envolvimento dos EPA em serviços de urgências e cuidados intensivos melhora o tempo de internamento, o tempo de consulta/tratamento, a mortalidade, a satisfação dos utentes e a economia de custos.</p> <p>Várias revisões sistemáticas de estudos sobre a efetividade e segurança da prestação de cuidados liderada por EPA em CSP relataram os efeitos positivos do serviço de NP e EPA em desfechos clínicos, satisfação do paciente, custos e qualidade;</p> <p>Uma revisão de 31 estudos sobre o impacto dos NPs e assistentes médicos em urgência, emergência e UCI revelou que sua prática era segura e, em alguns casos, a qualidade do atendimento era superior à dos médicos, contudo os estudos tinham limitações: apenas dois eram ensaios clínicos randomizados (RCTs), e nos demais as amostras ou eram pequenas ou a metodologia de estudo era questionável o que limitava a generalização da revisão; Alguns estudos incluíam para além de NP, profissionais que não enfermeiros (tais como physician assistants) o que introduzia heterogeneidade na síntese de evidências, tornando difícil avaliar o verdadeiro efeito dos NPs em ambientes de cuidados intensivos.</p> <p>Uma revisão sugeriu que, embora os serviços de NP em contexto de emergência reduzissem o tempo de espera e fornecessem cuidados comparáveis aos de um médico os custos eram superiores aos dos médicos residentes. Outra</p>

				<p>revisão concluiu que o uso de NPs reduziu o custo dos serviços de emergência e cuidados intensivos. Outra revisão sistemática recente que relatou uma inadequação de evidências para determinar a relação custo-eficácia dos serviços prestados por NP em serviços de urgência. A relação custo-eficácia da PAE em ambientes de emergência e cuidados intensivos permanece assim inconclusiva</p> <p>Os autores concluíram com esta revisão sistemática da literatura que a implementação de PAE em contexto de cuidados intensivos e de emergência melhora os resultados. A transformação da prestação de serviços de saúde por meio da utilização eficaz da força de trabalho pode aliviar o aumento iminente da procura de serviços de saúde. No entanto, é necessário primeiro preparar um contexto recetivo para efetuar mudanças sustentáveis;</p>
Advanced Nursing Practice: Policy, Education and Role Development	Furlong e Smith, 2005	Explorar os elementos críticos da prática avançada de enfermagem em relação à política, educação e desenvolvimento de papéis, a fim de destacar uma estrutura ideal para a prática clínica		<p>A formação dos EPA deve contemplar currículos académicos simultaneamente flexíveis e visionários para preparar o EPA para a prática. Os conceitos centrais para o papel da PAE são: autonomia, liderança profissional e clínica pioneira, especialização, e investigação. Para atingir estes objetivos da PAE, o EPA deve desenvolver competências teóricas e clínicas avançadas, dar resposta às necessidades dos utentes, famílias e comunidades.</p> <p>Existe grande confusão quanto à definição de PAE e há uma grande variedade na prática devido à falta de definições e padrões claros. A diversidade nas funções EPA que se desenvolveu nos Estados Unidos resulta de vários fatores sociais, políticos e económicos da sociedade.</p> <p>Fatores como sejam ambiente político, necessidades de saúde na sociedade, força de trabalho em saúde, oferta e procura, apoio político e governamental, colaboração intra / interprofissional, desenvolvimento da educação em enfermagem e documentação do papel da PAE, a abundância de títulos e descrições de papéis para os EPA também limita a implementação e desempenho de PAE.</p> <p>A necessidade de formação ao nível de pós graduação/mestrado e de experiência profissional prévia para o desempenho de PAE é consensual.</p> <p>Cabe à profissão de enfermagem estabelecer padrões para a prática e educação, sendo que os</p>

				<p>órgãos reguladores devem garantir que os critérios educacionais sejam cumpridos.</p> <p>Papéis do EPA: Especialista, consultor, investigador, professor.</p> <p>Embora haja muitas oportunidades para PAE, ainda há muito a ser feito por forma a garantir que os papéis dos EPA sejam legitimados por meio de critérios uniformes, padrões educacionais e regulamentos.</p>
<p>An international perspective of advanced practice nursing regulation.</p>	<p>Heale e Buckley, 2015</p>	<p>Analisar o <i>status</i> da regulamentação da PAE a nível global.</p>	<p>Estudo quantitativo que compreendeu o preenchimento de um questionário disponibilizado <i>online</i> às Associações Nacionais de Enfermagem e aos formuladores de políticas de saúde de enfermagem a nível global (As perguntas focavam a regulamentação, educação, âmbito da prática e barreiras e limitações. A análise incluiu estatísticas de frequência e dados descritivos para perguntas da pesquisa e análise de conteúdo para duas perguntas abertas)</p>	<p>Há uma grande variabilidade nos requisitos educacionais, regulamentação e âmbito de ação da prática dos EPA a nível internacional. As barreiras para a prática avançada de enfermagem estão frequentemente relacionadas com a variabilidade em termos de legislação, regulação, qualificações a nível internacional e nacional (diferenças entre estados e jurisdições específicas).</p> <p>A maioria dos países com PAE instituída refere ter mais de um título e papel/ funções desempenhadas (52 títulos em 26 países). Sendo que cada função era única em relação aos requisitos regulamentares e educacionais.</p> <p>Havia uma grande variação na regulação nas funções de PAE a serem desempenhadas.</p> <p>A grande variabilidade em termos de requisitos educacionais está intrinsecamente ligada à regulação. Por todo mundo havia requisitos educacionais mínimos para o desempenho de PAE.</p> <p>A oposição à implementação e desempenho de PAE variou entre países, sendo que quando existia a oposição surgiram de médicos e organizações médicas e por vezes farmacêuticos, governo e administrações.</p> <p>Barreiras identificadas: limitações legislativas (nomeadamente para a prescrição), baixa representação da enfermagem no desenvolvimento de políticas, discrepâncias no reembolso de prescrições entre NP e médicos, falta de proteção jurídica do título, falta de regulação da PAE, oposição de outros prestadores de cuidados, exigência de supervisão médica em alguns países, falta de liderança a nível governamental e das organizações de enfermagem, ausência de liderança estratégica a vários níveis, falta de reconhecimento das funções de PAE, falta de padronização de competências, falta de força política dos enfermeiros, acessibilidade</p>

				<p>limitada a programas de formação em PAE, falta de acreditação do programa de EPA, Más condições de trabalho, baixa remuneração, falta de instalações adequadas; incapacidade para exercer PAE em todo o seu âmbito; disparidades nas funções de PAE desempenhadas; falta geral de compreensão do papel do EPA, Inviablização da utilização plena de PAE devido a má condição económica nacional, sistemas de saúde projetado para um modelo médico e o estatuto social inferior das mulheres.</p>
<p>Thinking, educating, acting: Developing advanced practice nursing.</p>	<p>Hu e Forgeron, 2018</p>			<p>Ainda não existe um acordo internacional no que diz respeito à nomenclatura, formação educativa mínima para o desempenho de PAE, proteção do título e dos vários papéis, âmbito de prática, sistema de acreditação e sistema de avaliação do desempenho.</p> <p>Esforços para clarificar a conceptualização de PAE têm ocorrido nos EUA (em 2008 o modelo de consenso para PAE identificou os títulos a serem utilizados, descreveu o modelo regulatório, estabeleceu critérios de licenciamento, credenciamento, certificação e educação de diferentes papéis de PAE).No Canadá a CNA sugeriu um plano pan-canadense de integração colaborativa para a integração de funções PAE nos CSP e diferenciados. Na China o China Medical Board China Nursing Network propôs o desenvolvimento de normas para PAE, o desenvolvimento de currículos de mestrado baseados nestas normas, o início de projetos de PAE em vários hospitais universitários, e a capacitação de tutores clínicos e professores de faculdades de acordo com os currículos desenhados;</p>
<p>Confusion prevails in defining “advanced” nursing practice.</p>	<p>Jamieson e Williams, 2002</p>			<p>Uma revisão crítica da literatura nacional e internacional destaca que não existe uma definição ou compreensão singular da PAE. A ausência de clareza na nomenclatura e no esclarecimento dos níveis de enfermagem são perpetuados pela distinção pouco clara entre a prática de enfermagem “avançada” e “especializada”.</p> <p>A revisão da literatura evidencia que a ambiguidade e a falta de consistência na definição da PAE impede a progressão da profissão em direção ao desenvolvimento de funções consistentes de prática avançada na Austrália. Uma definição universalmente aceita veicularia o futuro desenvolvimento de papéis</p>

				de PAE de modo a que todos os papéis de PAE tenham uma gênese comum.
Clarifying advanced practice nursing.	Karnick, 2011		Artigo de opinião	<p>Nos Estados Unidos os EPA lutam pelo direito de praticar dentro do seu escopo sem a restrição de um acordo de colaboração. Aqueles que fazem lobby contra a prática avançada de enfermagem tem pouco ou nenhum conhecimento abrangente do que é ou quão bem preparado, experiente e educado o EPA é. É imperativo que a PAE seja equacionada quando do planeamento e provisão de CS universais que todos os provedores de CS sejam vistos como iguais na arena da saúde. É importante que a PAE seja reverenciada pela sua contribuição para a segurança e qualidade.</p> <p>EPA e médicos devem trabalhar em conjunto e como iguais para expandir os serviços e fornecer cuidados de saúde para todos.</p> <p>A PAE é um fator-chave na prestação de serviços de saúde para 47 milhões de pessoas nos Estados Unidos que não recebem atualmente cuidados de saúde. Enfermagem de prática avançada pode e deve ser abraçada para preencher este vazio</p>
Assessing outcomes in advanced practice nursing practice: the use of quality indicators and evidence-based practice.	Kleinpell, e Gawlinski, 2005	Revisão narrativa da literatura.	Discutir o uso de indicadores de qualidade para demonstrar os resultados da PAE	<p>Os resultados em saúde são um indicador de qualidade da prestação de cuidados e a efectividade da prestação de cuidados é medida pelos resultados alcançados.</p> <p>A medição dos resultados alcançados pela PAE é indispensável para evidenciar o contributo dos EPA para os utentes e os sistemas de saúde.</p> <p>Determinar resultados da PAE pode ser difícil, em virtude dos EPA prestarem cuidados no seio de uma equipa de saúde multidisciplinar.</p> <p>Embora exista evidência que ateste o benefício dos cuidados prestados pelos EPA, muitos dela é limitada em termos de campo de campo de acção, tamanho da amostra e generalização de resultados, até porque a realização de ensaios clínicos randomizados em ambiente clínico não é muitas vezes viável.</p> <p>Indicadores de qualidade da PAE: Iniciativas de melhoria da qualidade, protocolos de prática baseada em evidência, desenvolvimento e implementação de fluxogramas de actação na prática clínica, iniciativas de optimização da prática e a realização de estudos de investigação têm o potencial de evidenciar os resultados da PAE em saúde.</p>

				<p>O processo: Dever-se á quando da implementação de iniciativas de promoção da qualidade, por ex., desenhar indicadores de resultados de cuidados de PAE, garantindo quando da implementação uma posterior avaliação formal do impacto de uma iniciativa. Incluir, portanto, uma avaliação dos resultados.</p> <p>O recurso a indicadores de qualidade para demonstrar os resultados da PAE é útil não só para destacar o impacto dos cuidados do EPA, mas também para integrar iniciativas de base institucional para promover os melhores resultados em saúde para os utentes.</p> <p>Os EPA desempenham um importante papel no impacto da prestação de cuidados aos utentes de maneiras (cuidados diretos, educação, investigação, pesquisa etc.). Descrever os contributos das únicas da PAE torna-se essencial no tempo atual dado o contexto de contenção de custos melhoria da qualidade. A utilização de indicadores de qualidade e iniciativas baseadas em evidências, podem evidenciar os resultados de seus cuidados e, ao fazê-lo, trazer um reconhecimento adicional à PAE.</p>
Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide.	Kleinpell, 2014	Determinar as principais barreiras e desafios à implementação e desenvolvimento de PAE a nível mundial	Revisão narrativa da literatura	<p>A PAE está a desenvolver-se a nível global e múltiplas oportunidades estão a emergir para a EPA devido à necessidade de cuidados de enfermagem especializados contudo existem barreiras que limitam o exercício da PAE em toda a sua extensão e conhecimento.</p> <p>Abordar as barreiras que limitam a PAE a nível global e garantir que os EPA possam praticar em toda a extensão de sua educação e formação pode ajudar a promover o exercício da PAE em toda a sua extensão. Também a avaliação do impacto da implementação de PAE pode contribuir para este objetivo.</p> <p>A PAE é sustentada por mecanismos de regulação específicos de cada país, contudo é globalmente reconhecido que a PAE engloba vários componentes (diagnóstico, prescrição de MCDTs, Realização de interpretação de meios de diagnóstico)</p> <p>Características globais da PAE: Direito de diagnosticar; Autoridade para prescrever medicamentos; Autoridade para prescrever tratamentos; Autoridade para referenciar utentes para outros profissionais e entre níveis de cuidados; Autoridade para admitir pacientes no hospital; Existência de legislação para</p>

			<p>conferir e proteger o título de "Enfermeiro de Prática Avançada"; Legislação ou alguma outra forma de mecanismo regulatório específico para EPA; Reconhecimento oficial de títulos para enfermeiros que trabalham em PAE</p> <p>Barreiras/: Má clarificação do papel, proliferação de títulos de PAE, diferentes requisitos educacionais, conflitos no que concerne o âmbito/escopo da PAE, fragmentação/ variabilidade nos padrões de qualidade dos programas educacionais</p> <p>Desafios à implementação e desempenho de PAE: Acesso limitado a formação e programas educacionais de PAE; Formação insuficiente em enfermagem; Foco no modelo médico; Falta de compreensão do papel do EPA; Falta de respeito pela profissão de enfermagem; Domínio da profissão médica; Problemas relacionados o reconhecimento de habilitações e competências</p> <p>Abordagem aos desafios à implementação e desempenho de PAE: Uniformizar a PAE, Desenvolver e aplicar regulação específica a cada país; Reconhecer a autoridade prescritiva dos EPA; Padronizar os requisitos educacionais; Reconhecimento do papel do EPA; Reconhecimento da independência do EPA; Estabelecimento de requisitos de certificação e reconhecimento de competências para o desempenho de PAE.</p> <p>Alavancas à implementação e desenvolvimento de PAE: Divulgar a PAE - as funções inerentes ao seu desempenho, e o impacto da mesma na prestação de cuidados, entre os diferentes stakeholders (políticos, gestores, utentes); Instituir campanhas de mediatização acerca da importância e do impacto do papel do EPA no atendimento dos utentes/famílias/comunidades e populações; Conduzir <i>lobby</i> proativo para alterar as regulamentações restritivas da PAE; Evidenciar e demonstrar o impacto dos cuidados da PAE a nível institucional e nacional; Demonstrar o valor da PAE mediante implementação de modelos de prestação de cuidados inovadores que potencializam as competências, conhecimento e experiência dos EPA; Dar visibilidade ao papel do EPA mediante identificação das contribuições do EPA; Instruir os ministérios da saúde, entidades administrativas, legisladores e reguladores, ordens profissionais e médicos sobre a prática da PAE para auxiliar na atualização das leis e</p>
--	--	--	--

				estatutos; Incentivar os utentes atendidos por EPA a advogarem a PAE e defender os EPA como provedores competentes; Divulgar / publicar / apresentar exemplos de modelos de trabalho que compreendem a colaboração que demonstraram melhorias de qualidade e segurança
Measuring advanced practice nursing outcome, strategies and resources.	Kleinpell et al., 2003		Revisão narrativa da Literatura	<p>Desafios aos sistemas de saúde: Prestar um serviço de alta qualidade a um preço acessível, com bons resultados</p> <p>A PAE tem estado sobre escrutínio pelo que é determinante conhecer os resultados que advém do seu exercício. Conhecer o impacto dos cuidados do EPA é vital para estabelecer o valor da função da PAE.</p> <p>A seleção da medida de resultado deve levar em consideração o que deve ser medido e por quê.</p> <p>Os estudos que avaliam os resultados da PAE têm-se concentrado em uma série de resultados, incluindo os gerais, como tempo de permanência, uso de recursos, custos, satisfação do paciente e proficiência em habilidades técnicas, para parâmetros específicos, como tempo para atingir as metas hemodinâmicas, tempo de ventilação mecânica, taxas de re intubação, tempos de espera na sala de emergência e duração do uso do cateter</p> <p>A avaliação de resultados pressupõe: Determinar as medidas de interesse (indicadores de resultados); Reunir os dados necessários; Agregar e analisar os dados; Interpretar os resultados e ações subsequentes; Fazer alterações; Medir novamente para avaliar a eficácia</p>
Time to clarify the value of advanced practice nursing roles in health care.	Lowe, 2012	Discutir a importância de clarificar a definição de PAE para melhorar os padrões internacionais de nomenclatura e de conceptualização de PAE	Revisão da literatura	<p>Os papéis da PAE têm sido discutidos a partir de uma variedade de perspectivas (algumas descrevem semelhanças em suas funções e outras descrevem diferenças).</p> <p>Apesar do interesse global em desenvolver papéis de NP para atender às necessidades do consumidor e permitir a prestação de cuidados de saúde adequados, eficientes e oportunos, ainda existem inconsistências na definição da natureza explícita do papel, proteção título do NP, escopo de prática e os processos de credenciamento necessários. As variações na definição, função e preparação do papel criam as barreiras que dificultam a utilização</p>

			<p>adequada do papel do EPA e dificultam a reforma da oferta de saúde existente.</p> <p>O desenvolvimento da PAE ocorre paralelamente a mudanças sócio-políticas, tais como a redefinição dos papéis das mulheres, avanços na tecnologia, a necessidade de enfermagem responder a questões de saúde mais complexas e ao desejo de uma carreira de enfermagem</p> <p>É evidente que a PAE foi implementadas em muitos países um pouco por todo o mundo de acordo com as idiossincrasias de cada um, tendo em vista a adequação ao contexto individual.</p> <p>É sugerido que a diferença entre o NP e os demais EPA reside na inclusão de realização de diagnóstico e tratamento no papel do NP.</p> <p>Existe uma plethora de literatura em torno da discussão dos vários aspectos dos papéis do EPA (definição do papel do NP, configurações em que os papéis do NP existem, fatores associados à implementação do papel e problemas associados ao exercício de PAE)</p> <p>Salientada a necessidade de clarificar a abordagem holística da enfermagem (centrada no utente e na saúde e portanto a sua complementaridade em detrimento de substituição relativamente aos modelos existentes.</p> <p>O reconhecimento do NP como sendo um profissional experiente, que toma decisões e provê uma variedade de cuidados e serviços com resultados subsequentes positivos é indispensável.</p> <p>É reconhecido que o EPA combina algumas características da prática da medicina com os aspectos fundamentais da enfermagem, mas permanece orientado para a enfermagem.</p> <p>A competência dos NPs para gerir o atendimento ao paciente de maneira comparável à dos médicos, com altos níveis de satisfação do paciente, combinada com maior aconselhamento sobre educação, promoção da saúde e acompanhamento, está bem relatada a nível internacional</p> <p>Clareza do papel: Para que os NPs tenham um impacto positivo na prestação de serviços de saúde, é imperativo que tenham um</p>
--	--	--	---

			<p>entendimento claro de sua prática. É necessária clareza na regulação.</p> <p>A ANMC estabelece a PAE como um nível de prática de enfermagem que utiliza competências diferenciadas e ampliadas, experiência e conhecimento em avaliação, planejamento e implementação, diagnóstico e avaliação dos cuidados necessários.</p> <p>Na Austrália, não há acreditação de prática avançada, mas há acreditação para o papel de NP. No RU, o atraso na proteção do título levou a um desenvolvimento não estruturado do NP. O título de NP no Reino Unido não é protegido, nem está sujeito a qualquer governança regulatória, ao contrário do que acontece na Austrália, Canadá, Irlanda e Estados Unidos. Há uma falta de consistência no que concerne as competências exigidas ao NP em ambiente clínico no RU, a preparação educacional exigida antes do licenciamento / endosso e nas medidas subsequentes para manutenção da competência para praticar e regular</p> <p>Padronização da prática avançada de enfermagem: Nos EUA Advanced Practice Nursing Consensus Work Group e o National Council of State Boards of Nursing APRN Committee uniram se para juntos trabalharem para a consistência do papel da PAE e calificar o alinhamento da nomenclatura em torno das funções de APN para garantir o acesso e a segurança do paciente o que resultou no APRNJoint Dialogue Group Report 2008. No Canadá o CNA 2010 publicou uma Estrutura de Competências Básicas, escrita com a colaboração de vários stakeholders para fornecer uma base para a consistência das funções do NP em todas as jurisdições do Canadá. A Austrália estabeleceu mudanças legislativas e políticas significativas para auxiliar no desenvolvimento do papel do NP, como proteção de título e autoridade prescritiva, em algumas jurisdições.</p> <p>Os autores advogam uma padronização internacional de papéis de NP para resolver algumas das confusões percebidas por outras profissões.</p> <p>Em um ambiente de reforma, que exige a mudança para um sistema de saúde mais eficiente e acessível, é inevitável que algumas das funções tradicionalmente desempenhadas por um grupo de saúde acabem sendo</p>
--	--	--	---

			<p>consumidas por outro, redefinindo as fronteiras profissionais.</p> <p>Contexto Interprofissional: Resistência médica a fronteiras profissionais obsoletas. Mas também na profissão de enfermagem o modelo de PAE com maior autonomia e extensões da prática, produziu dissensão e falta de apoio entre alguns líderes e colegas de enfermagem. Várias componentes do papel do EPA, necessários para abranger a totalidade das necessidades do paciente de uma maneira holística, foram vistos como distantes da perspectiva de enfermagem tradicionalmente aceita. A elevação do <i>status</i> dos EPA foi percebida como inaceitável pelos demais enfermeiros.</p> <p>A incorporação de funções “médicas” são, contudo, parte do atendimento centrado no paciente dos EPA. A extensão da prática tradicional dos enfermeiros, nomeadamente através de atribuição de autoridade prescritiva viabiliza a prestação de cuidados holísticos. O objetivo da PAE é fornecer cuidados de enfermagem a grupos de pacientes de maneira oportuna, adequada, ética e eficiente.</p> <p>A divergência do papel tradicional do RN e a subsequente autonomia profissional preocupa profissão médica (receio de perder utentes para os EPA e poder).</p> <p>Para alcançar resultados eficientes e econômicos, é necessário reestruturar os sistemas atuais de prestação de cuidados e reconsiderar como melhorar a prestação de serviços de saúde.</p> <p>Os EPA são atores-chave na busca por uma força de trabalho mais eficiente em uma variedade de contextos (institucionais comunitários, agudos e crônicos).</p> <p>Fornecer evidência relativa à eficiência e eficácia da PAE obriga a uma definição clara com medidas padronizadas que podem fornecer verificação de eficácia, eficiência e avaliação dos resultados do paciente em relação aos cuidados de saúde.</p> <p>As funções de enfermagem complementam-se entre si, assim como todas as funções de enfermagem complementam as de outros grupos de PS na equipe multidisciplinar.</p> <p>Enfermeiros, órgãos reguladores e de acreditação deverão afirmar o valor que a PAE</p>
--	--	--	---

				<p>acarreta mediante uma discussão sensata em torno da padronização, requisitos de educação e padrões de competência.</p> <p>É importante declarar uma postura publicamente unificada para obter a aceitação de outros grupos profissionais e do público. Clarificar os papéis da enfermagem resulta num senso de identidade profissional que fornece medidas consistentes de avaliação de resultados para os vários papéis e os diferentes escopos de prática que os papéis da enfermagem incorporam. As medidas de avaliação de resultados podem, então, destacar os benefícios ou deficiências, levando a melhorias contínuas e baseadas em evidências quando de reformas.</p>
<p>Nurse prescribing of medicines in 13 European countries.</p>	<p>Maier, 2019</p>	<p>Comparar as reformas que viabilizarm a prescrição por enfermeiros em 13 países da OCDE</p>	<p>Análise comparativa das reformas na prescrição por enfermeiros, entre países com base em num questionário realizado por especialistas</p> <p>(TaskShift2Nurses Survey) e um estudo da OCDE. Especialistas nacionais forneceram informações específicas a cada país, tendo a informação sido complementada com uma revisão da literatura cinzenta. A análise baseou-se em análises políticas e temáticas.</p>	<p>13 Países adotaram leis sobre prescrição por enfermeiros, das quais 12 se aplicam a nível nacional (Chipre, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Irlanda, Holanda, Noruega, Polónia, Espanha, Suécia, Estados Unidos, RU) e uma regional, para o Canton Vaud (Suíça). Oito países adotaram leis desde 2010. O direito à prescrição variou entre “todos os medicamentos dentro da área de especialização” dos enfermeiros (Irlanda para enfermeiros prescritores, Holanda para enfermeiros especialistas, RU para enfermeiros prescritores independentes) a um conjunto limitado de medicamentos (Chipre, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Noruega, Polónia, Espanha, Suécia). Todos os países têm regulação e requisitos educacionais mínimos em vigor para garantir a segurança do paciente; a maioria requer algum tipo de supervisão médica.</p> <p>Embora o direito à prescrição tenha sido, durante muitos anos, da exclusividade da profissão médica, um número crescente de países em todo o mundo tendo introduzido reformas para autorizar os enfermeiros a prescrever certos medicamentos.</p> <p>EUA e Canadá países com longa tradição de prescrição por enf.</p> <p>Driver da prescrição por enfermeiros – escassez de médicos (nomeadamente em áreas rurais); aumento das condições crônicas, promoção do trabalho na equipa interprofissional e diferenciação da formação em enfermagem (ensino superior).</p> <p>A extensão da prescrição de enfermagem depende de vários fatores: (do grupo de</p>

			<p>enfermeiras autorizados a prescrever - pode variar de pequenos grupos altamente especializados de enfermeiras a todos os profissionais de enfermagem; segundo, o tipo de medicamentos que as enfermeiras podem prescrever – pode variar entre a totalidade dos medicamentos a um conjunto restrito; a responsabilidade legal geral, vai desde a prescrição independente até um modelo delegado sob a supervisão de um médico.</p> <p>Prescrição por enfermeiros semelhante à prescrição por médicos em termos de tipo, dose e quantidade de medicação prescrita. A satisfação dos pacientes com a prescrição por enfermeiros era igual ou superior à da satisfação com prescrição médica.</p> <p>Uma investigação em 10 países de alta renda (Austrália, Canadá, Finlândia, Irlanda, Holanda, Nova Zelândia, Espanha, Suécia, Reino Unido e EUA evidenciou variabilidade nas condições educacionais e legais entre os países. Austrália, Canadá, Nova Zelândia e os EUA implementaram leis que garantem a prescrição de uma ampla gama de medicamentos por EPA com grau de mestrado (autorizados a prescrever todos ou quase todos os medicamentos dentro da área de especialidade). Existem diferenças na regulação da prescrição de enfermagem, nomeadamente se houver acordos de colaboração com médicos</p> <p>Na Austrália, Canadá e Nova Zelândia, foram recentemente desenvolvidos privilégios de prescrição, ainda que imitados, aos enfermeiros. O RU existem 2 modelos de prescrição por enfermeiros: independente (autoridade para emitir prescrições de forma independente, incluindo a prescrição inicial de um medicamento pela primeira vez), ou suplementar (continuação de prescrição ou continuação de prescrição após um diagnóstico ou tratamento estabelecido por um médico). No RU coexistem os 2 modelos</p> <p>Evidência sobre prescrição em enfermagem ou reformas que resultaram na mesma é escassa.</p> <p>RU (1992) e Suécia (1994) foram os primeiros países da Europa a introduzir direitos de prescrição. Seguiram-se Noruega, Irlanda e Dinamarca em 2002, 2007 e 2009. Desde 2010 mais 8 países autorizaram grupos específicos de enfermeiras a prescrever certos medicamentos. Todos adotaram leis para conceder,</p>
--	--	--	--

			<p>oficialmente, direitos de prescrição aos enfermeiros, em alguns casos foram adotados decretos e estabelecidos requisitos regulamentares para definir as condições sob as quais os enfermeiros poderiam prescrever. Existe, contudo, grande variabilidade inter países relativamente a que enfermeiros podem prescrever o quê, não obstante todos adotaram leis para conceder oficialmente direitos de prescrição aos enfermeiros, em alguns casos seguido do adoção de decretos para definir as condições e os requisitos regulamentares sob os quais os enfermeiros podem prescrever e os medicamentos que podem prescrever.</p> <p>Enquanto nuns países a aptidão e competências de prescrição fazem parte da formação dos enfermeiros, por ex. Graus de mestrado ou especialização específica em enfermagem (nº de ECTs dedicado à (Chipre, Holanda, Noruega, Polónia, Estónia, Espanha). Noutros países realizam-se cursos de formação complementares especificamente sobre prescrição em enfermagem, que resultam na atribuição do título de enfermeiro prescritor ou similar (Finlandia, Irlanda, UK).</p> <p>Abrangência dos direitos de prescrição: Grande variabilidade relativamente aos medicamentos que os enfermeiros estão oficialmente autorizados a prescrever, doenças e o tipo de prescrição (nova prescrição ou renovação de prescrição inicialmente realizada por 1 médico. 3 países concederam total direito ou quase total a prescrição por 1 grupo específico de enfermeiros (podem prescrever qualquer medicamento dentro da sua área de especialidade) Ireland (nurse prescribers), Holanda (nurse specialists) e RU (independent nurse prescribers). Nos demais países a extensão da prescrição é limitada, seja no número de medicamentos que os enfermeiros estão por lei autorizada a prescrever ou no tipo de prescrição, permitindo principalmente ou exclusivamente a renovação de prescrição.</p> <p>Requisitos regulatórios e de supervisão: Todos os países definiram requisitos regulamentares como uma pré-condição para os enfermeiros prescreverem medicamentos. A maioria dos países exige alguma forma de registo adicional como prescritor num registo ou autorização prévia de autoridade competente. Vários países adicionaram requisitos regulamentares adicionais.</p>
--	--	--	---

				<p>A maioria das reformas que viabilizam prescrição por enfermeiros foram introduzidas na última década. A prescrição por enfermeiros teve desenvolvimento recente em vários países da Europa.</p> <p>Este estudo mostra que a extensão da prescrição de enfermagem varia consideravelmente entre os países estudados e para grupos específicos de enfermeiras dentro de três países; A maioria dos países incluídos no estudo restringiu os direitos de prescrição a uma lista de medicamentos com requisitos regulatórios que incluem supervisão médica; Existe grande disparidade nos requisitos educacionais que variam desde nível de bacharelado até grau de mestrado. Não existe uma relação óbvia entre a extensão do direito à prescrição e a duração e nível de formação, sendo que nos três países com pleonos direitos de prescrição os requisitos educacionais também variaram. Escasseia investigação que associe requisitos educacionais com as práticas de prescrição, a qualidade da prescrição e os resultados do doente. Não foram identificados estudo eu associassem a qualificação dos enfermeiros com os resultados da prescrição.</p> <p>As reformas que introduziram a prescrição de enfermagem em 13 países abrangem diferentes sistemas de saúde, educação sistemas e localizações geográficas na Europa. Os Drivers das reformas de prescrição por enfermeiros: aumento das necessidades e do volume de pacientes, maior diferenciação dos enfermeiros, maior cargas de trabalho entre os médicos, divisão ineficiente de trabalho e custos elevados, entre outros. A interação de diferentes fatores como sejam as competências de prescrição e a formação das enfermeiras, o apoio político, governamental e de diferentes stakeholders pode determinar o processo de implementação, sendo que estas reformas demoram tempo.</p>
The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S.,	Maier, 2015	Avaliar modelos de governança de <i>task shifting</i> e suas implicações na prática, a nível internacional. A análise de	Scoping review e descrição de um questionário aplicado a 93 especialistas nacionais em 39 países	<p>Um número crescente de países na Europa está em processo de introdução de mudanças de skill mix na força de trabalho em saúde. O task shifting pressupõe a transferência de tarefas responsabilidades específicas, por exemplo, da profissão médica para a enfermagem.</p> <p>Embora a eficácia do <i>task shifting</i> entre médicos e enfermeiros especificamente treinadas tenha sido demonstrada, a governança e contextos regulatório tem sido pouco avaliados, sendo que</p>

<p>Canada, New Zealand and Australia.</p>		<p>políticas concentrou-se em onze países com transferência de tarefas ao nível da PAE.</p>	<p>podem ter forte impacto e diferentes implicações no task shifting.</p> <p>A governança (estruturas e processos através dos quais as políticas (formais e informais) são promulgadas para atingir os objetivos, incluindo legislação, regulamentação e supervisão) foi avaliada por vários indicadores, regulamentação de títulos, âmbito da prática, autoridade prescritiva e políticas de registro.</p> <p>Emergiram 3 modelos de governança dependendo da localização e do nível de regulação: (i) nacional, (ii) descentralizada e (iii) nenhuma regulamentação, sendo que esta última pressuões mecanismos de governança local ao nível das instituições ou de acordo com critérios da entidade empregadora.</p> <p>Em países com regulamentação nacional ou descentralizada, às restrições legais (leis que regulam) ao âmbito de acção de prática foram evidenciadas como uma barreira e a actualização legal como facilitadores para a PAE. Os países com regulamentação descentralizada apresentavam diferenças e desigualdade na prática. Em países que deixavam a governança para configurações individuais, existiam variações de prática, além disso, a disponibilidade de dados e a clareza das funções eram limitadas. As opções política incluem revisões periódicas para garantir que as leis estejam atualizadas, harmonização mínima em contextos descentralizados, requisitos educacionais e de prática harmonizados para reduzir a variação de práticas e garantir a qualidade. Na (UE), a regulamentação é preferível à não regulamentação como um primeiro passo para o reconhecimento das qualificações em países com níveis semelhantes de prática avançada. Os países que pretendem implementar <i>task shifting</i> devem estar cientes de que diferentes modelos de governança podem influenciar a prática.</p> <p>Holanda, Irlanda, Austrália e Nova Zelândia têm regulação a nível nacional dos títulos e / ou âmbito de prática e procedimentos de registro para endosso na PAE. No Canadá predomina O uma mistura de regulação federal, que define o âmbito de acção da PAE, sendo esta predominantemente descentralizada. Nos EUA a governança é descentralizada, e cada estado regula o escopo da prática dos enfermeiros. No geral a regulação segue em grande parte a governança geral dos sistemas de saúde dos</p>
---	--	---	--

				<p>países dependendo, portanto, dos sistemas políticos e da devolução de poder às autoridades a nível local. No RU e Finlândia os títulos e o escopo da prática dos EPA são regulados apenas ao nível do endosso e da autoridade prescritiva, deixando a governança para ambientes individuais e empregadores.</p> <p>A regulação foi identificada como uma barreira potencial se de natureza restritiva ou um capacitador para a prática avançada se atualizado com as competências educacionais. Os países com regulação principalmente descentralizada apresentaram níveis desiguais de prática avançada, devido à variabilidade nas leis que determinam o âmbito de acção e escopo da prática e pelo ritmo diferente em que as mudanças ocorreram. Na Austrália, as variações nas políticas regulatórias e de endosso representam barreiras à mobilidade dos profissionais e práticas de saúde. No RU deixar a governança a critério dos empregadores e provedores resultou em grandes variações na PAE e títulos profissionais a nível regional e institucional.</p> <p>Não foi identificada nenhuma evidência empírica que avaliasse as implicações dos diferentes modelos de governança na segurança do paciente e na prática.</p> <p>Os países com regulação nacional ou descentralizadas em vigor tendem a ter estatísticas disponíveis sobre a força de trabalho da PAE(Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Irlanda, Holanda e Estados Unidos).</p> <p>O papel da governança e, especificamente, da regulação é fundamental pode facilitar ou dificultar a implementação integral da PAE. A regulação quando desactualizada ou restritiva serve como barreira à PAE, quando atualizada com os níveis de competência e mais abrangente serve como alavanca.</p>
Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features	Mantzoucas e Watkinson, 2007	Rever a literatura de enfermagem sobre a noção de PAE e fornecer esclarecimentos sobre o conceito EPA,	Revisão narrativa e sistemática da Literatura	<p>A RSL evidenciou grande variedade de definições, conceitos e papéis de PAE. Em comum foi identificado, o objectivo de uma maior autonomia profissional, por meio de papéis da PAE para prover uma prática aperfeiçoada</p> <p>Clarificar a confusão em torno da PAE e obter um entendimento profundo das características genéricas deste papel facilitaria os profissionais, formadores e gestores clínicos a</p>

		identificando as suas características genéricas		<p>desenvolver competências que permitiriam aos enfermeiros, praticar a um nível avançado.</p> <p>O conceito PAE surgiu no início do século 20 nos EU devido a uma série de forças sócio-políticas e profissionais. O conceito foi inicialmente associado a alguma forma de especialização e foi vinculado ao enfermeiro anestesista e à enfermeira obstetra e, conseqüentemente, ao enfermeiro especialista e aos <i>nurse practitioners</i>. Nas décadas de 70, 80 e 90, o conceito desenvolveu-se fora dos EUA, no RU, Canadá, Holanda, Austrália e Brasil na forma de <i>nurse practitioner</i>, enfermeiro especialista, enfermeiro consultora e EPA, contudo inculcar a especialização à prática avançada não apenas cria definições e funções múltiplas e possivelmente antitéticas, mas, o mais importante, limita o escopo da prática avançada de enfermagem.</p> <p>Não obstante as diferenças na conceptualização papéis e nomenclatura da PAE, a autonomia profissional é comum às várias definições. Esta deve emanar da capacidade de olhar crítica e analiticamente para as experiências, de desenvolver e utilizar os vários tipos de conhecimento e de implementar esse conhecimento na prática, de modo a oferecer uma enfermagem de alta qualidade aos pacientes, contribuir para o desenvolvimento dos demais enfermeiros e do ambiente onde a prestação de cuidados de enfermagem ocorre.</p> <p>Características genéricas do EPA: (i) Integração e utilização do conhecimento na prática, (ii) pensamento crítico e competências analíticas – pressupõe pensar criticamente sobre as situações clínicas presentes e interpretá-las em termos da condição passada imediata do paciente. Este processo é auxiliado por antecipação; A previsão clínica eficaz requer conhecimento científicos do problema de um determinado utente, mas também a sabedoria clínica adquirida com a experiência. (iii) julgamento clínico e competências de tomada de decisão, (iv) liderança profissional e competência clínica, (v) <i>coaching</i> e competências de mentoria, (vi) competências de investigação e pesquisa e (vii) líder para mudança de prática</p>
Defining advanced practice nursing	Muller e Flarey, 2003	Aferir se a gestão de caso faz	Artigo de opiniao que procura, com base em	Os requisitos estatais para a PAE varia muito ao longo dos EUA, sendo que os EPA apenas têm autorização para desempenhar funções de

		parte da PAE.	revisão narrativa de literatura cinzenta afeir se a gestão de caso faz parte da PAE.	<p>acordo com o que está definido na lei do estado onde o Enf está habilitado/autorizado a exercer.</p> <p>A gestão de caso pressupõe um processo colaborativo que avalia, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia as opções e serviços necessários para atender às necessidades em saúde de um indivíduo, utilizando comunicação e recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e com boa relação custo-benefício</p>
Global trends and issues in APN practice: engage in the change.	Nardi e Diallo, 2014	Apresenta reflexões sobre as principais questões práticas levantadas na 7th International Nurse Practitioner /Advanced Practice NursingNet work Conference		<p>As principais questões abordadas na conferência incluíram: independência na PAE, barreiras à prática, padrões educacionais e o papel do APN na investigação e na prática baseada em evidências. Os EPA estão na vanguarda da gestão e prestação de cuidados de enfermagem avançados e de qualidade. Os EPA devem desenvolver modelos de consenso e unir-se na busca por uma prática independente.</p> <p>Independentemente dos contextos políticos, culturais, econômicos e físicos dos cuidados de saúde na Europa, América, Ásia, Austrália, África e Médio Oriente, os EPAs são cada vez mais reconhecidos como provedores de cuidados de saúde primários para todas as pessoas, independentemente do rendimento, estatuto social ou antecedentes. Isto é especialmente verdade para populações mais vulneráveis, ou para aqueles que vivenciam dificuldades no acesso a cuidados de saúde.</p> <p>As barreiras à prática independente dos EPA impede a otimização do seu desempenho, da aplicação da sua formação, certificação, experiência prática, titulação e regulamentação. Uma dessas barreiras é o esforço contínuo da profissão médica para controlar a prática de enfermagem.</p> <p>A relutância por parte dos órgãos reguladores em reconhecer as competências de prática independente dos EPA internacionalmente é uma das principais barreiras à PAE, sendo que se continuam a identificar padrões e lacunas na regulação de PAE um pouco por todo o mundo. Contudo existem barreiras dentro do domínio da própria enfermagem.</p> <p>A diversidade nos requisitos de formação e a sobreposição de papéis e responsabilidades resultam na falta de clareza entre as partes interessadas e os consumidores e podem comprometer a independência da PAE. A ausência clareza e de padronização da PAE,</p>

			<p>especialmente no que diz respeito à prescrição, também é um fator importante na produção de resultados desiguais para os pacientes no RU e EUA onde a prescrição por EPA não é regulada nacionalmente. Há pouca informação sobre os padrões de prescrição, barreiras à prescrição ou lacunas de conhecimento dos EPA que poderiam prescrever como parte regulatória de seu papel PAE. A necessidade privilégios de prescrição livres para os EPA qualificados nos EUA é crítica.</p> <p>A PAE inclui a avaliação e interpretação de meios complementares de diagnóstico, e o estabelecimento de diagnóstico por meio de raciocínio crítico, prescrição de tratamentos, incluindo medicamentos. Contudo barreiras ao exercício total de PAE, nomeadamente de prescrição de medicamentos e tratamentos prevalecem em todo o mundo. Superar as barreiras para obter privilégios de prescrição livres é crucial para a prestação de cuidados holísticos. As restrições à prescrição por EPA apresentam desafios adicionais para o objetivo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1988) de melhorar o acesso à saúde de qualidade para muitos que estão limitados no acesso a cuidados de saúde devido à pobreza, conflito global e falta de profissionais qualificados.</p> <p>Os autores defendem que os utentes não deveriam ter que consultar diferentes profissionais para receber um diagnóstico, medicação e tratamento adequado para a maioria de suas necessidades de saúde. Esses recorrer a vários provedores para o estabelecimento de um mesmo diagnóstico aumentam os custos com cuidados de saúde e consome o tempo de utentes e profissionais.</p> <p>A educação deve ser baseada em padrões universais, mas deve estar relacionada às necessidades de cuidados de saúde, cultura e estruturas sociais de cada região. Numa perspectiva global, há inconsistência nos níveis básico e avançado de educação de enfermagem e inconsistência na forma como a prática clínica é fornecida e supervisionados. Os países em desenvolvimento econômico têm recursos mais limitados e uma necessidade de preparar os profissionais de saúde de forma acelerada por isso a obrigatoriedade do grau bacharelato para a prática de enfermagem e de um mestrado para a PAE ter impacto negativo algumas nações (partes da África, Ásia e América Latina). Inconsistências a formação e educação também</p>
--	--	--	--

				<p>ocorrem em países com mais recursos econômicos e educacionais (EUA, por ex.).</p> <p>É fundamental financiar, conduzir, utilizar e disseminar pesquisas sobre os resultados da PAE para o público em geral, para prestadores de saúde e, especialmente, para formuladores de políticas que influenciam a regulamentação da prática de APN. Embora haja múltipla evidência sobre a segurança e eficácia da PAE desconhece-se se os formuladores de políticas estão cientes destas pesquisas/resultados e de suas implicações.</p> <p>A enfermagem enfrenta dificuldades na disseminação de informação baseadas em evidências sobre as competências da PAE junto de formuladores de políticas e médicos, que estão investindo na proteção de sua autonomia médica. Os investigadores em enfermagem precisam de adaptar as implicações e sugestões provenientes da sua investigação aos formuladores de políticas de saúde e grupos alvo (médicos, utente), para assim informar e disseminar informação que distingue os EPA como prestadores de cuidados qualificados e diferenciados.</p> <p>Os EPA devem desenvolver modelos de consenso e unificar-se na busca de uma PAE mais independente.</p> <p>A prática de PN é indispensável na garantia de acesso a cuidados de saúde de qualidade e para melhorar os resultados dos cuidados de saúde, contudo os EPA ainda lutam contra barreiras à prática plena de PAE: falta de padrões educacionais, mal-entendidos e suposições erradas sobre o papel do EPA, ingenuidade política e falta de voz forte nas decisões de políticas de saúde e barreiras intraprofissionais.</p>
Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review.	Newhouse et al., 2011	Comparar os resultados obtidos por EPA ao de outros profissionais (Revisão sistemática da Literatura publicada entre 1990 e 2008 sobre cuidados prestados por APRNs	<p>Os EPA assumiram um papel de relevância enquanto prestadores de cuidados de saúde a populações vulneráveis e carentes.</p> <p>Os resultados de cuidados prestados por EPA (a solo ou em colaboração com médicos) são semelhantes ou até melhores do que os resultados obtidos após prestação de cuidados apenas por médicos para as populações e nível de cuidados abrangidos pelos estudos revistos;</p> <p>O recurso a EE em contexto de cuidados intensivos pode reduzir o tempo de internamento e consequentemente os custos.</p>

			<p>Os resultados da RSL indicam que os EPA prestam cuidados eficazes, e de elevada qualidade e que têm um papel preponderante na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes nos Estados Unidos, o que não só dá resposta às preocupações levantadas relativamente à segurança e qualidade dos cuidados prestados por EPA como sugere que uma aposta nos EPA poderiam libertar médicos e potenciar o acesso aos cuidados de saúde.</p> <p>Nos EUA os EPA completam um programa numa especialidade específicas, o que inclui (formação e treinamento específico, e experiência prática, indispensáveis para completar um exame da Ordem, tendo em vista a certificação pelo mesmo antes de integrar a PAE.</p> <p>EPA nos EUA - nurse practitioners (NPs), clinical nurse specialists (CNSs), certified nurse-midwives (CNMs), and certified registered nurse anesthetists (CRNAs).</p> <p>As limitações aos estudos revistos prendem se com: heterogeneidade dos desenhos dos estudos; Colheita de dados concernente à avaliação de resultados obtida em vários e diferentes momentos; nº limitado de estudos randomizados; dados estatísticos inadequados para o cálculo do impacto da PAE; falha na descrição da natureza da PAE e funções dos EPA e dos médico bem como das responsabilidades e relações multiprofissionais quando exercem me equipa.</p> <p>Os autores referem que a dificuldade em atribuir um resultado à prática dos EPA se prende frequentemente com a complexidade da intervenção, que às vezes incluía vários componentes e múltiplos provedores ou o trabalho em equipa.</p> <p>É necessária investigação que teste modelos de cuidados que incluam EPA nos diversos níveis de prestação de cuidados (CSP, hospitalares, clínicas, resposta social), e em várias populações, tendo por base as necessidades e os objetivos desenhados para as políticas de saúde a serem implementadas. Restrições ao desempenho de PAE e ao reembolso de cuidados prestados por EPA devem ser levantadas de forma a testar novos modelos de cuidados.</p> <p>Esta RSL evidencia que oso EPA prestam cuidados seguros, eficazes e de elevada</p>
--	--	--	--

				<p>qualidade a uma série de populações numa variedade de configurações. Os EPA, em parceria com médicos e outros profissionais têm um papel significativo na promoção da Saúde. Saúde a e que os profissionais de saúde precisarão avançar com base em evidências em modelos de prestação de cuidados para promover uma saúde nacional unificada.</p>
<p>An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation.</p>	<p>Pulcini et al., 2010</p>	<p>Descrever as tendências internacionais no desenvolvimento do papel do EPA, incluindo nomenclatura, níveis e tipos de educação, configurações de prática, escopo da prática, políticas regulatórias e ambiente político.</p>	<p>Uma pesquisa transversal e descritiva baseada num questionário aplicado eletronicamente a nível internacional via Web a um total de 174 informantes-chave e membros ativos da Rede Internacional de PAE do Conselho Internacional de Enfermeiros</p>	<p>Responderam ao questionário 91 enfermeiros de 32 países. Treze títulos foram identificados na nomenclatura da PAE em diferentes países (advanced nurse practitioner, clinical nurse specialist, nurse specialist, professional nurse, expert nurse, certified registered nurse practitioner, chief professional nurse with post-basic training in primary health care, nurse consultant, specialist nurse practitioner, primary healthcare nurse, and advanced nurse in a specialty). A educação para a PAE estava formalmente disponível em 71% dos 31 países que responderam a este item, com 50% identificando o mestrado como a credencial mais prevalente. 23 países tiveram o reconhecimento formal do papel do EPA (87% indicaram que o reconhecimento formal da função foi fornecido por organizações profissionais, 78% pelo governo, 78% por hospitais e agências de saúde e 26% por outras. Destes, 48% tinham requisitos de manutenção ou renovação de licença para o exercício de PAE, com a maioria exigindo educação continuada ou prática clínica. O maior apoio para a função dos EPA veio de organizações de enfermagem domésticas (92%), enfermeiras individuais (70%) e do governo (68%), enquanto a oposição veio principalmente de organizações de médicos (83%) e médicos a título individual (67%).</p> <p>A maioria da informação disponível sobre PAE vem de países onde a prática se encontra mais desenvolvida, que são principalmente de língua inglesa, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Reino Unido. Os temas mais abordados são: variação em torno da nomenclatura; qualificações educacionais; escopo de prática, autoridade prescritiva, licenciamento e práticas regulatórias, barreiras e alavancas à implementação e desenvolvimento de PAE, qualidade e resultados decorrentes dos cuidados prestados pelo EPA.</p> <p>Nomenclatura: Austrália, Bélgica, Botswana, Canadá, Fiji, Nova Zelândia, Suécia, Tailândia,</p>

				<p>RU e EUA tendem a ausar a denominação <i>nurse practitioner</i>, outros países como a Coreia do Sul, Singapura e Suíça usam a denominação EPA.</p> <p>Âmbito da prática: avaliação avançada de saúde, diagnóstico, gestão de doenças, educação e promoção de saúde, referência entre níveis de cuidados, prescrição de MCDTs e estabelecimento de planos de tratamento, privilégios de admissão e alta, gestão de casos de pacientes, prática colaborativa, avaliação de serviços de saúde e investigação.</p> <p>Educação/Formação: Embora a meta seja ao nível de mestrado, nem todos os países alcançaram essa meta. Alguns países, como Canadá, Paquistão, Hong Kong e Holanda, oferecem programas de nível de mestrado para PAE. O RU oferece formação para PAE em ambos os níveis de bacharelado e mestrado. Na Austrália, os líderes geralmente aceitam um diploma de mestrado com um mínimo de 5 anos de experiência clínica para a PAE.</p> <p>Na África, o objetivo é estabelecer a PAE ao nível pós-bacharelado e alguns programas estão no nível de mestrado; no entanto, as necessidades avassaladoras de cuidados de saúde, e as limitações de recursos, têm impedido o progresso.</p> <p>Ambiente político: O ambiente político nacional pode ter um impacto tremendo no desenvolvimento da PAE. No Canadá, por ex. Embora existam NPs desde o início dos anos 1970, o seu papel na saúde era mínimo até que a reforma da saúde de 1990, após o qual os números de NP aumentaram dramaticamente (advanced nurse practitioner, clinical nurse specialist, nurse specialist, professional nurse, expert nurse, certified registered nurse practitioner, chief professional nurse with post-basic training in primary health care, nurse consultant, specialist nurse/practitioner, primary healthcare nurse, and advanced nurse in a specialty)</p>
Creating an advanced practice nurse-friendly culture: a marathon, not a sprint	Richmond, e Becker, 2005	Descrever características que exemplificam uma cultura amigável à PAE, com foco nas responsabilidades	Artigo de opinião	<p>O contributo da PAE pode ser maximizado pela criação deliberada e ponderada de uma cultura de PAE amigável.</p> <p>8 Características de uma cultura amigável à implementação e desenvolvimento de PAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clareza: a nível organizacional e a nível do papel/funções a serem desempenhadas pelo EPA

		<p>idades organizacionais e nas responsabilidades dos EPA na construção e sustentação desta dita cultura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso por parte da organização em promover PAE e diminuir as restrições à prática de PAE, especialmente em locais onde a implementação é recente. Compromisso por parte dos EPA em promover a PAE e dar visibilidade através de atividades intra e interdisciplinares, participação em programas de educação/formação contínua, participação em palestras e reuniões profissionais, partilha de ideias e recursos; - Comunicação com doentes, familiares, equipa multidisciplinar. Comunicação dos resultados obtidos e da importância da PAE nos meios de comunicação social mas também através de disseminação através de publicações científicas, apresentações orais, partilha da prática baseada em evidência. - Colaboração intra e interdisciplinar - Credibilidade – EPA demonstrar confiança e experiência na área de especialidade clínica; funciona como um membro confiável da equipa; incorpora a opinião de todos os membros da equipa; mantém as necessidades do paciente no centro da tomada de decisão; explica a razão para decisões de gestão com base na evidência atual, estabelece uma base sólida de clínica sólida tomando uma decisão; reconhece limitações e busca consulta adequadamente, raciosamente aceita elogios e compartilha com toda a equipa é responsável pelas suas decisões - Contribuição – sentir e manifestar segurança na capacidade de aumentar o sucesso das equipas em que estão inseridos e implementar processos de colheita de dados que evidenciem os resultados em saúde potenciado pelo seu contributo nos cuidados prestados. - Confiança no trabalho desenvolvido e confiança para implementar novos modelos de prestação de cuidados mediante aquisição de novas competências e conhecimentos - Complexidade – So é possível se os EPA vingarem no actual ambiente complexo dos CS se enfermeiros e médicos reconhecerem a interdependência na prestação de CS de qualidade. Os EPA devem ser orientados para soluções, enfrentando desafios e problemas. A sua capacidade para avaliar a causa de erros e factores de interação num sistema de prestação de cuidados complexo é fundamental para
--	--	--	--

				reduzir o erro e aumentar a qualidade. Manter a qualidade quando em meio ao caos.
Advanced Practice in Nursing: International Perspective.	Pearson e Peels, 2002	Descrever características da PAE a nível global	Revisão narrativa da literatura	<p>No RU e EUA, a PAE refere-se à competência em cinco áreas distintas: clínica, investigação, ensino, consultadoria e liderança, além de já ter alcançado o nível de especialização de prática e educação em um nível de mestrado ou mais; A utilização intercambiável dos termos <i>nurse practitioner</i>, <i>advanced nurse practitioner</i>, <i>clinical nurse specialist</i>, <i>nurse clinician</i> and <i>professional practice</i> potencia confusão inter e intradisciplinar; Na Austrália PAE prática avançada é definida de acordo com o estado em que é praticada; é geralmente sinônimo de "nurse practitioner".</p> <p>Critérios e competências dos EPA- Educação de nível de mestrado, ou superior, numa área específica da prática, credenciamento profissional numa área especializada (a um nível avançado), competências práticas. Prática clínica especializada, que compreende a orientação especializada de utentes e famílias, competência de investigação, liderança clínica e profissional, colaboração, competência para actuar como agente de mudança e aptidão para tomada de decisão ética.</p> <p>Australian National Nursing Organisations diferencia EPA - enfermeiro que atua em uma área geral em um nível de prática superior ao esperado – de enfermeiro especialista, que é uma enfermeira que trabalha em nível inicial em uma área de especialidade definida. Estabelece como critério para o desempenho de PAE experiência, conhecimento e desempenho clínico. Para garantir o cumprimento destes requisitos é necessário avaliar o desempenho a fim de regular a certificação e autorização para o desempenho de PAE. São portanto necessários modelos de avaliação de desempenho que avaliem se os cuidados prestados foram efetivos, prestados de forma eficiente. Avaliação é complexa porque é sentida e definida de forma diferente pelo paciente, pela família, pelo cuidador, e pela organização de saúde. Neste contexto Byers and Brunell propõem um modelo de avaliação de resultados que compreende a influência combinada de fatores estruturais, o ambiente específico, o processo, o cuidado que foi prestado, a adequação do cuidado e as características da enfermeira de prática avançada.</p>

			<p>A avaliação do impacto da PAE em termos de custo qualidade e satisfação de oentes e prestadores, levada a cabo por Schroeder, Trehearne and Ward concluiu que os benefícios superam quaisquer custos envolvidos na introdução de PAE. Os enfermeiros também relatam maior satisfação com o exercício de uma prática expandida, com maior apoio e menos barreiras, e os utentes também referem maior satisfação com maior intervenção dos enf. 99% dos entrevistados classificavam os cuidados prestados pelos EPA entre bom e excelentes. Ainda assim falta evidência sobre os resultados das atividades de PAE nos EUA, o que dificulta o reconhecimento da contribuição dos EPA nomeadamente entre formuladores de políticas e administradores.</p> <p>Papeis transversais aos EE e EPA nos RU: (i) ser o enfermeiro especialista reconhecido em um assunto clínico específico; (ii) ser um recurso principal e de confiança da prática, com conhecimentos baseados em evidencia dentro a sua área específica; (iii) fornecer apoio profissional à equipa e aos pacientes dentro do seu campo clínico, sendo reconhecidos como especialistas; (iv) gerem eficazmente a sua carga de trabalho; e (v) são comunicadores eficazes.</p> <p>Ty e Ross documentaram a ausência de regulação, ausência de clareza na definição de papeis e funções a serem desempenhadas e ausência de padrões de educação standardizados, bem como indefinição das fronteiras entre medicina e enfermagem, com consequente medicalização do papel da enfermagem, e enfermeiros sendo usados como 'substitutos médicos' em contexto de urgência, emergência e Cuidados Intensivos. Foram expressas preocupações com a perda das competências gerais de enfermagem devido ao foco em enfermeiras "especialistas" ou "especializadas", e como facto de os médicos internos estarem a perder experiência de formação devido ao facto de muitas das suas funções estarem a ser assumidas por enf.</p> <p>Questões relacionadas com a definição, regulamentação e reconhecimento dos EPA precisam de ser abordadas. É imperativo um padrão de standardização que promova o reconhecimento profissional dos EPA e a adopção de práticas seguras para os consumidores. A questão de substituição de</p>
--	--	--	--

				médico por enfermeiros pode ser resolvida se os profissionais trabalharem lado a lado em vez supervisionarem ou delegarem funções.
Growth and development of the nurse practitioner role around the globe	Savrin, 2009	Delinear as etapas de desenvolvimento transversais à introdução recente de papéis de PAE	Revisão narrativa da literatura recorrido a um paralelo entre os estádios de desenvolvimento de Erickson e o estádios de desenvolvimento da PAE.	<p>Nos EUA a PAE desenvolveu-se a partir da identificação de necessidades que as enfermeiras acabaram por suprir. Os primeiros EPA a surgir foram os nurse anesthetist, seguidos de nurse midwife depois clinical nurse specialist e por último nurse practitioner.</p> <p>Acredita-se que o papel teve o seu início oficial com o programa de educação desenvolvido por Loretta Ford e Henry Silver no Colorado em 1965-1966.</p> <p>1º estadio Aprendizagem do papel e posterior exercício do mesmo- EPA aprendem o papel e as suas possibilidades e adquirem confiança de que são capazes de fazer este trabalho</p> <p>2º estadio - autonomia – Estabelecer independência. EPA adquirem novo nível de autonomia e começam a estabelecer a sua posição dentro da jurisdição</p> <p>3º estadio – iniciativa – Expansão - a iniciativa de ampliar o conjunto de competências, a formação, bem como imaginar possibilidades do papel no futuro.</p> <p>4º estadio – industriabilidade - consolidação do conjunto de competências desenvolvido, a formalização do papel dentro da comunidade médica e a auto-regulação do papel em termos de educação e política</p> <p>5º estadio – Identidade – Distanciamento da medicina e estabelecimento do seu próprio papel no mercado e na sociedade</p> <p>6º estadio – Produtividade – Apoiar e procurar novos apoios para ajudar a gerar o papel da PAE bem como apoiar novos profissionais de enfermagem na própria sociedade</p> <p>7º estadio – Integridade – Plenitude profissional</p> <p>Apesar das melhores intenções dos países que têm PAE há muito tempo, cada estado ou país deve passar por cada estágio antes de passar para o próximo. A função irá desenvolver-se, mas precisa progredir pelos estádios de maneira lógica e sequencial.</p>
Developing a consistent approach to	Schober e Stewart, 2019	Descrever o processo de atualização da		A integração de EPA na força de trabalho de saúde é uma tendência crescente em todo o mundo. Um passo importante para apoiar esta tendência foi o desenvolvimento de uma

<p>advanced practice nursing worldwide.</p>		<p>descrição do Conselho Internacional de Enfermagem de PAE</p>	<p>definição de EPA pelo Conselho Internacional de Enfermeiras em 2002, pois a presença de tais enfermeiras internacionalmente aumentou significativamente. Contudo a definição proposta.</p> <p>A natureza genérica da definição contribuiu para o desacordo e confusão em relação ao papel por este motivo o ICN resolveu rever a definição. A intenção é fornecer uma compreensão mais clara dos componentes da especialidade para as principais partes interessadas, o público e outros profissionais de saúde.</p> <p>Uma compreensão mais clara da PAE pode potencialmente auxiliar governos, formuladores de políticas e SS no desenvolvimento e implementação da PAE, e promove a compreensão e confiança do público Nos EPA enquanto PS.</p> <p>A PAE é fundamentalmente uma função de enfermagem, construída sobre os princípios de enfermagem com o objetivo de fornecer a capacidade ideal para melhorar e maximizar os serviços de saúde abrangentes. A PAE não pretende competir com outros profissionais de saúde, nem adoptar domínios de outros prestadores de cuidados de saúde visto como o núcleo da PAE.</p> <p>O processo consistiu em: Investigar o que é feito / o que está em vigor. • Identificar as melhores práticas. • Estabelecer um acordo sobre o que deve ser a política. • Descrever a política e divulgar documentos utilizáveis.</p> <p>Questões inerentes a cada país que moldam o desenvolvimento da PAE: há grande dificuldade em estabelecer um documento de orientação com especificações que não levem a um conflito potencial com as práticas dos diferentes países. É importante que a evidência internacional e o conhecimento científico relativos à PAE seja refletida nas diretrizes e posições-chave do ICN. O impacto mais significativo provavelmente será ao nível da preparação educacional dos EPA porque a capacidade que cada país tem para formar enfermeiros e EPA molda o potencial de implementação e desenvolvimento de PAE.</p> <p>A introdução de uma iniciativa de PAE e a implementação de EPA são fortemente influenciadas pelo <i>status</i> profissional da</p>
---	--	---	---

				<p>enfermagem e sua capacidade de introduzir uma nova função / nível de enfermagem.</p> <p>A proeminência e maturidade da enfermagem podem ser avaliadas pela presença de outras especialidades de enfermagem, níveis de educação em enfermagem, políticas específicas para enfermeiras, cultura de investigação em enfermagem e liderança de enfermagem.</p> <p>Países onde a educação generalizada em enfermagem está a progredir e o contexto do país está em processo de desenvolvimento da educação para PAE, programas de transição ou cursos intermediários podem ser desenvolvidos para preparar enfermeiras para se tornarem EPA. Além disso existem países que têm planos de carreira ou níveis de carreira claros e sistemas de classificação (por exemplo, faixas) em vigor para títulos de funções de enfermagem, descrições, credenciais, práticas e políticas de contratação.</p>
Global emergence of nurse practitioner/advanced practice nursing roles.	Schober, 2018		Artigo de opinião com base em revisão narrativa da literatura	<p>Há um crescente reconhecimento, a nível mundial de que a PAE deve ser implementada e desenvolvida, reconhecida e legitimada em diversos ambientes clínicos. Mais de 90 países indicaram ter interesse na PAE.</p> <p>Circunstâncias que influenciam a disposição de explorar PAE como alternativa à prestação de cuidados de saúde incluem: escasseza de médicos, reforma na saúde, aumento da procura de enfermeiras altamente especializadas, maior ênfase nos CSP e o desejo de melhorar o estatuto profissional da enfermagem.</p> <p>Definir e redefinir papéis profissionais em cuidados de saúde requer mais do que entusiasmo e motivação. A evolução da dinâmica internacional exige clareza sobre quem é o EPA e qual o lugar da PAE no setor de saúde.</p> <p>Diferentes países e regiões selecionam uma variedade de títulos, definições e escopos de prática ao tentar descrever esta nova disciplina de enfermagem, sendo que a utilização intercambiável a nível internacional das designações advanced practice nurse, advanced nurse practice e nurse practitioner contribui para confusão e falta de clareza na definição da função.</p> <p>Desafios ao desenvolvimento de PAE: Existe falta de consenso a nível internacional acerca do que é a PAE e o que é que um EPA pode fazer.</p>

			<p>Barreiras: falta de clareza relativamente aos papéis a serem desempenhados pelo EPA, resistência por parte da profissão médica, oposição de outras enfermeiras, falta de acesso ou educação apropriada e ausência de políticas que apoiem o potencial de função ideal do EPA. Estes desafios repercutem-se por todo o mundo e as novas iniciativas de PAE estão em diferentes estádios de introdução ou desenvolvimento de PAE, sendo que o apoio e presença de organizações internacionais como ICN e OMS podem influenciar a mudança efetiva, fornecendo o incentivo necessário para conduzir a mudança.</p> <p>No Canadá a PAE existe há cerca de 50 anos e engloba os <i>clinical nurse specialist</i> e os <i>nurse practitioners</i>. Em 2000 foi publicado o enquadramento da PAE desenhado pela Associação Canadense de Enfermeiros, posteriormente revisto em 2008 e 2018.</p> <p>Na Holanda a PAE foi implementada em 1997 em contexto de escassez de médicos, o que serviu de mote oportuno para o governo levar a cabo uma reforma da saúde, introduzindo reajuste de escopos de prática para médicos e enfermeiras. O título NP foi transformado em <i>nurse specialist</i> para se regular e legislar o papel do EPA. Desde 2015 que os EE holandeses podem abrir a sua própria prática.</p> <p>Nova Zelândia – A Colocação do ônus da gestão da saúde nos CSP, em 1998, e o reconhecimento do potencial inexplorado dos enf para cobrir uma gama maior de serviços deparou no interesse na PAE, e no papel do <i>nurse practitioner</i> na força de trabalho em saúde. Contudo o desenvolvimento profissional da enfermagem enfrentou inúmeros desafios e obstáculos nos primeiros 10 anos. Avanços à implementação do papel do EPA foram: a prescrição independente de MCDTs, e a consolidação e clarificação das políticas de regulação e licenciamento para a prática.</p> <p>Singapura – PAE introduzida em 2005 e o principal motivo foi melhorar o estatuto dos enfermeiros para reter enfermeiros especialistas na força de trabalho de saúde.</p> <p>O autor vislumbra um potencial inexplorado para o avanço da enfermagem em todo o mundo e aponta como limitação a novas iniciativas de implementação e desenvolvimento de PAE o facto de líderes de enfermagem, formuladores</p>
--	--	--	--

				<p>de políticas e planejadores de saúde subestimarem a complexidades da introdução de um papel da enfermagem que compreende a revisão da combinação de competências e papéis dos profissionais de saúde.</p> <p>A força e maturidade da profissão de enfermagem, frequentemente determinam a capacidade de um país promover PAE. Os relatos de sucesso de desenvolvimento de PAE florescem um pouco por todo mundo. Essas experiências contribuem para o impulso a rápida expansão da PAE.</p>
Advanced Nursing Practice: An Emerging Global Phenomenon	Schober, 2006		Artigo de opinião com base em revisão narrativa da literatura	<p>Fatores críticos subjacentes ao progresso de papéis inovadores e expandidos em enfermagem: o desenvolvimento da profissão, mudanças nos sistemas e serviços de saúde, maior ênfase nos cuidados primários, a crescente procura por papéis especializados de enfermagem, aumento das doenças crônicas em todo o mundo e crescimento na necessidade de cuidados domiciliares. Por este motivo a prática de funções avançadas em enfermagem são cada vez mais um fenômeno global.</p> <p>O enquadramento para a implementação de PAE é sensível ao contexto e moldado pelo ambiente e pelas necessidades da região, país ou localidade.</p> <p>Agências governamentais, ministérios da saúde, profissionais de saúde, associações de enfermagem, gestores da saúde e o público comçam a questionar o que é que distingue a PAE de outras funções de enfermagem.</p> <p>Temáticas como a combinação ideal de papéis e competências na força de trabalho da saúde, clínicas lideradas por enfermeiras, prática independente para EPA e a adição de especialistas em enfermagem clínica a equipas de saúde estão se tornando cada vez mais tópicos de discussão po todo o mundo.</p> <p>Permanece a confusão em torno de títulos e limites profissionais entre prestadores de cuidados - especialmente médicos e enfermeiros- a ausência de evidências e de apoio para a promoção da PAE e serviços a ela relacionados continua a alimentar lutas de poder irrefutáveis e conflitos interprofissionais, mas o nº de países com interesse na PAE continua a aumentar, sendo que cerca de 33 países indicam a presença de papéis de enfermagem que requerem formação superior a licenciatura e 60</p>

				<p>países identificaram a presença ou o interesse em funções avançadas de enfermagem, contudo não se conhecem as funções desempenhadas por esses profissionais e a formação necessária para o desempenho dessas funções.</p> <p>Urgem estudos que se debrucem sobre os resultados decorrentes da PAE, escrutínio adicional de eficácia de custo, exploração mais ampla de como os enfermeiros de prática avançada funcionam em vários países e análise da inclusão de serviços de enfermagem de prática avançada como opções para equipes e sistemas de saúde em todo o mundo tendo em vista o fortalecimento da mesma.</p> <p>Garantir as combinações adequadas de competências e conhecimentos necessários para a prática em diferentes contextos de prestação de serviços de saúde exigirá colaboração multidisciplinar e multissetorial, bem como um nº suficiente de educadores qualificados para garantir que os EPA estejam qualificados para praticar eficazmente.</p> <p>Há um impulso internacional para promover e implementar modelos inovadores de prestação de cuidados de saúde que incorporem novos papéis para os enfermeiros. O desafio actual consiste em desenvolver enquadramentos legais que regulem requisitos educacionais, escopo de prática e política de regulação que se adequem ao contexto do país e às necessidades regionais, bem como reunir evidências que apoie e valorize essas mudanças inovadoras</p>
The development of advanced nursing practice globally.	Sheer e Wong, 2008	Examinar o desenvolvimento da prática de enfermagem avançada globalmente	Analisados dados, referentes a 14 países em 3 regiões de 5 continentes, recolhidos a partir de recursos documentais disponíveis no International Nurse Practitioners / Advanced Practice Nurse Network (INP /	<p>O desenvolvimento da PAE é uma tendência global.</p> <p>Embora a evolução da PAE difira entre nações, existem algumas semelhanças. Foi criada uma plataforma para facilitar o diálogo entre a comunidade global de enfermagem, que se propõe servir como um fórum para troca de conhecimento, (b) servir como base de recursos para o desenvolvimento de PAE e o suporte educacional para o EPA. (c) servir como veículo para o ICN aproveitar/divulgar a experiência especializada, (d) para ajudar o ICN a cumprir de forma mais eficaz a sua responsabilidade de voz global da profissão, e (e) fornecer um mecanismo para promover e disseminar informações de qualquer um dos membros da rede e do ICN.</p> <p>Não obstante a definição do ICN de EPA, todos os países que pretendem adotá-la deverão</p>

			<p>APNN) do International Council of Nurses.</p>	<p>acautelar o seu contexto específico de prestação de cuidados de saúde quando da sua adaptação e implementação.</p> <p>PAE = enfermeiras que exercem a um nível mais diferenciado. A PAE integra <i>nurse practitioner</i>, <i>clinical nurse specialist</i>, <i>nurse anesthetist</i>, <i>nurse midwife</i>, e os <i>case managers</i> (practitioner, enfermeira especialista clínica, enfermeira anestésista, enfermeira parteira e gestor de caso). A maioria dos países desenvolvem uma PAE com foco no <i>nurse practitioners</i> e enfermeiro especialista.</p> <p>Canadá –PAE implementada em 1970. Embora inicialmente projetado para os CSP, depressa se estendeu aos cuidados diferenciados e sociais. Ao longo dos anos emergiu o papel de enfermeiro especialista e o de EPA em cuidados agudos. E 1997 emergiram os primeiros estudos que demonstravam que os EPA prestavam cuidados de qualidade, seguros e com boa relação custo-benefício que eram aceitáveis para o consumidor. Em 2005 surge o enquadramento que regulava a integração e sustentabilidade técnica da PAE no Canadá, padronizava a educação e regulação e definia os modelos de pagamento a serem adotados, tendo em vista a mobilidade dos EPA e a melhoria no acesso aos CS.</p> <p>No Canadá o âmbito de ação da prática é regulado e legislado a nível territorial (em cada provincial) e a CNA desenvolve, em conjunto com governo federal, legislação e regulação que permite que o EPA prescreva medicação. EPA têm formação ao nível de mestrado.</p> <p>América Latina: PAE é difícil de implementar porque o rácio de enfermeiros/ médicos é semelhante, sendo os médicos a primeira linha nos CSP. Os Enfermeiros que exercem em hospitais não têm formação universitária o que inviabiliza à partida a PAE.</p> <p>USA – PAE emergiu em 1940 com os <i>nurse anesthetists</i> e <i>nurse midwives</i>. A 1ª especialidade em enfermagem psiquiátrica foi estabelecida em 1954 por Peplau. O primeiro programa para formar NP surgiu em 1965 em resposta ao aumento de custos com saúde, escassez de mão-de-obra em saúde e má distribuição dos recursos humanos. O sucesso do programa levou a que a PAE se expandisse para múltiplas áreas de especialidade, ainda que envolto em controérsias visto existir uma</p>
--	--	--	--	--

			<p>oposição considerável à PAE. A evidência que surgiu o longo do tempo e que demonstrava que os NP podiam melhorar os resultados clínicos e reduzir os custos enquanto prestavam cuidados comparáveis aos medicos, em ambulatorio, consolidou o papel dos NP. Actualmente existem 5 papéis de PAE activos nos EUA nurse practitioners, enfermeiro especilista, enfermeiro anestesista, enfermeiro parteiro, enfermeiro gestor de caso.</p> <p>Os EPA têm formação ao nível de mestrado e são obrigados a ter uma licença ou certificado, ou ambos, para o exercício de PAE. A tendência é que seja necessário doutoramento para o exercício da PAE.</p> <p>África: Implemetação de PAE em curso no Botswana e Africa do Sul. Descontinuado programa NP na Suazilandia. Cerca de 80% das necessidades de saúde são surpresas por enfermeiras.A Unversidade da Cidade do Cabo está a elevar os níveis de educação dos enf. Os desafios à PAE incluem a ausência de modelos de prestação de cuidados compatíveis com PAE, ausência de definição do âmbito da prática e de mecanismos de financiamento.</p> <p>Austrália: O primeiro programa PAE foi introduzido em New South Wales em 1990, EPA são formados enquanto enfermeiros especialistas. OS NP tiveram impacto positivo a colmatar as necessidades de saúde popukação, particularmnte em áreas rurais. Algumas províncias permitem direitos de prescrição aos NPs (nomedamente através d protocolos e fluxogramas de atuação) e alguns não.É requerido nível de Mestrado para o exercício da PAE.</p> <p>Nova Zelândia – O primero pograma foi reconhecido em 2000. O título de NP é regulado pelo Conselho de Enfermagem da Nova Zelândia; é requerido nível de mestrado, e os EPA ecercem essencialmente ao nível hospitalar e alguns ems CSP ou na atenção em seus próprios consultórios privados.</p> <p>Europa: Tentativas de implementação de PAE surgiram na Bélgica, Alemanha, Holanda e Suíça na década de 2000. Na Bélgica o interesse na PAE surgiu por causa da falta de médicos e do desejo de aumentar o nível de enfermagem para atender às necessidades de saúde. Inicialmente, o papel dos EE foi favorecido porque houve reluctantância em assumir um</p>
--	--	--	--

			<p>papel que envolvia diagnósticos e privilégios de prescrição. Na Alemanha o papel tem recebido pouco apoio devido ao excesso de oferta de médicos de clínica geral e poucos recursos para apoiar mudanças significativas no sistema educacional de enfermagem. Na Holanda a PAE surgiu em 1997, enquanto alternativa na profissão de enfermagem. Os EPA diagnosticam e gerem doenças crônicas, e são encarados como uma alternativa custo-efetiva para fazer face ao envelhecimento populacional.</p> <p>RU – O primeiro programa para a PAE foi implementado por Barbara Stilwell em 1991 e focava-se inicialmente nos CSP, tendo posteriormente sido alargado a contexto de trauma e urgência. Os títulos e as competências inerentes à PAE continuam a ser debatidos. Todos os enf. que concluíram o programa de prescrição não médico aprovado podem prescrever tratamentos.</p> <p>Aproximadamente 50 países têm implementada PAE. A tendência global é resultado da interação de fatores relacionados às mudanças dinâmicas nos serviços de saúde, bem como na profissão de enfermagem. A implementação de PAE requer um ambiente de saúde que valorize os esforços multidisciplinares e a contribuição única dos EPA na melhoria do acesso aos cuidados, particularmente em contextos de contenção de custos. Para tal é necessária diligência por parte da profissão. Os EPA surgiram em função da necessidade da contenção de custos, promoção da acessibilidade, redução dos tempos de espera, prestação de cuidados a populações vulneráveis e promoção da saúde em grupos específicos.</p> <p>A evidência tem demonstrado o impacto positivo da PAE em vários cenários e configurações, bem como o impacto positivo da PAE na contenção de custos, promoção da acessibilidade e aumento na satisfação, o que alia os formuladores de políticas a incluir os EPA como parceiros-chave na prestação de cuidados de saúde.</p> <p>O ritmo de desenvolvimento da PAE varia, em parte, devido à preparação e diligência da profissão de enfermagem (disponibilidade de enfermeiros e grau de formação académica dos mesmos). A PAE está implementada em países com elevado rácio enf/habitante e onde a formação diferenciada em enf está disponível.</p>
--	--	--	--

				<p>O desenvolvimento de programas de PAE resultam, por noma do aumento da procura. Frequentemente a via da expansão da prática profissional dos enf é introduza, o que levanta questões de regulação. Legislar e formalizer a PAE deve ser uma prioridade.</p> <p>Os desafios pemanecem: standardização dos padrões educacionais, regulamentação, titulação, reembolso, privilégios de prescrição, âmbito de acção, papéis e fnções a serem desempenhadas claramente identificados. Por norma a oposição esulta da falta de compreensão do papel por outras enfermeiras, outras profissões e pelo público em geral.</p> <p>A crise global de saúde acarreta oportunidades para os EPA desenvolverem políticas, mudanças educacionais e avanço profissional para atender às necessidades crescentes da população. Os EPA estão na vanguarda, para ajuar a alacnçar a meta da OMS “saúde para todos”.</p>
An examination of advanced practice nurses’ job satisfaction internationally	Steinke et al., 2018	Examinar o nível de satisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem / enfermeiros de prática avançada em países em desenvolvimento e desenvolvidos.	Estudo transversal que compreende uma análise descritiva com seções quantitativas e qualitativas de um questionário disponibilizado <i>online</i> sobre satisfação no trabalho.	<p>Factores com impacto estatisticamnete significativo na satisfação profissional: Idade, número de horas trabalhado semanal; experiência profissional e falta de respeito dos supervisores e médicos.</p> <p>Desequilíbrios na combinação de competências (Skill mix) persistem, com utilização insuficiente de EPA, parteiras, enfermeiras e auxiliares, persistindo uma grande variabilidade na disponibilidade e acessibilidade a PS entre países, devido a dificuldades de atração e retenção e a falta de coordenação adequada no planeamento da força de trabalho em saúde, políticas de educação e treinamento para avaliar de uma forma mais abrangente os requisitos futuros de diferentes categorias de trabalhadores de saúde.</p> <p>A análise de 1419 questionários, que inclui respondentes de 19 países, evidenciou que 83% dos respondentes estavam minimamente a muito satisfeitos com seu trabalho.</p> <p>Respondentes com idades compreendidas entre 51-60 anos apresentavam maior satisfação. Os entrevistados que tiveram mais satisfação no trabalho eram de meia-idade e trabalhavam há menos de 5 anos. EPA que trabalhavam para o mesmo empregador entre 1 a 5 anos e / ou mais de 30 horas por semana pareciam ser os mais</p>

			<p>satisfeitos com os benefícios de férias e reforma.</p> <p>Não houve diferença estatisticamente significativa na satisfação do emprego entre PS que exercem em países de alta renda e os que exercem em países de baixa média renda, o tipo de prática em que EPA trabalha, o valor do salário ou o tipo nível de cuidados em que o respondente trabalha. Existiam diferenças significativas nas respostas dadas às perguntas "consideração dada a nossa opinião e sugestões para mudança" e "valorização do que você faz", visto que os países de alta renda mostraram insatisfação com essas variáveis, sendo que os países de baixa renda não estavam insatisfeitos. Tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento demonstraram insatisfação com o "nível de autonomia" e com o "respeito pela sua opinião". Tanto os países de alta renda quanto os baixa/média renda mostraram-se insatisfeitos com as variáveis 'política de férias / licenças' e 'benefícios de reforma'.</p> <p>A seção qualitativa da investigação demonstrou que ter um escopo de prática/âmbito de acção amplo é gratificante, mas desafiante. A satisfação da função foi aprimorada devido à capacidade de responder com iniciativas para melhorar as necessidades de saúde da comunidade. Autonomia e respeito dos colegas aumentam a satisfação no trabalho.</p> <p>A satisfação profissional é potenciada pela autonomia, respeito dos pares e capacidade de dar resposta com iniciativas para melhorar as necessidades de saúde das comunidades.</p> <p>EPA mais velhos relataram maior satisfação no trabalho possivelmente por ter experiência anterior em outro tipo de serviço e a nova posição profissional se coadunar com os seus objetivos profissionais.</p> <p>A incapacidade em reter bons PS resulta num "fraco desempenho dos sistemas de saúde em adotar intervenções eficazes e baseadas em evidências" o que, por sua vez, está associado à baixa retenção de PS, desempenho inadequado e baixa motivação.</p> <p>Motivos de insatisfação apontados pelos respondentes: Limitações no exercício das funções inerentes à PAE e falta de aceitação por outros clínicos, ou que resulta na não-aceitação de referência e pedidos de MCDTs por médicos; Falta de apoio de colegas de</p>
--	--	--	---

			<p>enfermagem, o que evidencia que os colegas podem sentir-se ameaçados pelo desenvolvimento e implementação de PAE. Estes resultados realçam a necessidade de transparência, comunicação eficaz e apoio de administradores, legisladores, reguladores e gestores, para desenvolver papéis EPA em contextos multidisciplinares.</p> <p>Implicações do estudo: É preciso agilizar o desenvolvimento da PAE em todos os países, bem como reter o pessoal atual. A regulação ainda é uma barreira para muitos; a definição das funções inerentes à PAE precisam ser esclarecida, os requisitos educacionais devem ser padronizados e o apoio da comunidade de saúde e do ambiente político de cada país deve ser solidificado.</p> <p>Permanecem desafios relacionados com o corpo docente dos programas de PAE em países de baixa/média, bem como no quadro normativo e político.</p> <p>As políticas de regulação continuam a ser fracas. A maioria dos respondentes era mestre, sendo que ainda assim as suas competências se encontravam subutilizadas e subvalorizadas nos seus países.</p> <p>Assistimos cada vez mais a uma mudança de paradigma no que concerne as prioridades de gestão da força de trabalho em saúde. O foco passou da escassez generalizada de PS para questões mais específicas relacionadas com a otimização da combinação de profissionais de saúde e uma distribuição geográfica adequada e equitativa de serviços de saúde para toda a população.</p> <p>Maior padronização dos requisitos educacionais, regulação da função e condições de trabalho justas e de apoio são essenciais para o recrutamento e retenção de EPA. As Associações Nacionais de Enfermagem e o ICN devem continuar a defender o desenvolvimento e o apoio a essas funções cruciais de enfermagem. Importa remover as barreiras políticas que impedem os EPA de praticar em toda a extensão de sua formação e competências.</p> <p>Para se assegurar uma melhor distribuição dos cuidados de saúde e a retenção dos PS têm que ocorrer mudanças de política (desenvolvimento de formas de reter PS através da melhoria de condições de trabalho, redesenho do</p>
--	--	--	--

				<p>programas de formação básica de todos os PS, desenvolvendo uma abordagem multiprofissional entre PS com diferentes níveis de competência. A satisfação no trabalho é parte integrante do desempenho, retenção e qualidade dos cuidados prestados pelos PS. Pesquisas adicionais com relação aos fatores inerentes a cada país que influenciam a PAE podem ajudar a esclarecer e redefinir o papel internacionalmente.</p>
<p>The Global Emergence of Advanced Practice Nurses in Providing Home and Community Health Care Services</p>	<p>Schober, 2007</p>	<p>Descreve a extensão da utilização de PAE e identifica estratégias internacionais utilizadas para introduzir PAE nos sistemas de saúde.</p>	<p>Revisão narrativa da literatura</p>	<p>Escassez de recursos financeiros e humanos levou a que políticos e gestores da saúde enfrentassem o desafio de explorar a otimização do skill mix nas equipas multidisciplinares de saúde com intuito de melhorar a colaboração multidisciplinar na prestação de cuidados às populações do mundo. Os EPA estão na vanguarda para fornecer cuidados de saúde em ambientes domiciliares e comunitários.</p> <p>Fatores inerentes à expansão de papéis e funções em enfermagem: Desenvolvimento da profissão; Reformas nos sistemas e serviços de saúde; Maior ênfase nos CSP; Aumento da procura por funções especializadas de enfermagem; Taxas crescentes de doenças em todo o mundo; Maior necessidade de atendimento domiciliar.</p> <p>“A cobertura adequada e acesso a serviços de saúde são mais importantes do que quem os fornece/presta”. Otimizar a contribuição dos enfermeiros para os cuidados de saúde, expandindo as suas funções é uma estratégia eficaz para melhorar os serviços de saúde.</p> <p>Enfermeiros que concluíram formação avançada (por ex. nurse practitioner) fornecem serviços comunitários, diagnosticam e tratam problemas comuns, dispensam medicação, gerem emergências, encaminham doentes entre níveis de cuidados e realizam pequenos procedimentos cirúrgicos.</p> <p>Embora a PAE pareça estar implementada em vários países, o exercício de funções de PAE em toda a sua extensão e raramente é oficialmente permitido, o que limita o potencial de serviços que os EPA poderiam fornecer, o que gera incerteza quanto à credibilidade da posição que a PAE no desenvolvimento de cuidados de saúde coordenados.</p> <p>A OMS enumerou 5 áreas que requerem intervenção por forma a otimizar-se os</p>

			<p>serviços de enfermagem: Planeamento de recursos humanos e capacitação dos mesmos; Gestão de RHS; Prática baseada em evidências; Educação e orientação/administração.</p> <p>O fracasso em fortalecer a prestação de serviços de enfermagem e obstetrícia prejudicará seriamente a qualidade dos cuidados de saúde, o acesso aos serviços, o bem-estar dos profissionais e o cumprimento das metas de saúde nacionais e globais.</p> <p>Os recursos humanos e financeiros disponíveis, as configurações regulatórias, a atenção (ou a falta dela) dos principais decisores, costumes e práticas culturais contribuem para moldar as funções profissionais e o skill mix dos profissionais em infraestruturas de saúde.</p> <p>A combinação de competências de médicos e profissionais avançados é geralmente determinada por recursos humanos e financeiros. Em países onde os recursos são escassos, profissionais de nível médio e EPA trabalham na linha da frente, fornecendo serviços essenciais sob supervisão e consulta médica periódica. Este tipo de partilha de competências complementares melhora o tipo e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.</p> <p>O ímpeto para introduzir, promover e implementar funções de PAE varia de país para país. As podem evoluir em resposta a uma necessidade de serviços de saúde, como parte de um esquema nacional para aprimorar ou melhorar a prestação de serviços ou como parte de um plano institucional para expandir e aperfeiçoar os programas de educação em enfermagem.</p> <p>Australia – PAE reconhecida em 2001, apesar de oficiosamente implementada há mais de 10 anos. A educação adicional dos EPA qualifica - os para prescrever MCDTs, estabelecer diagnósticos e gerir casos. Todos os estados e territórios estão em vários estágios de exploração ou implementação de prestação de serviços por EPA.</p> <p>Canadá: EPA prestam uma gama de serviços (por norma prestads por clínicos gerais ou médicos de família) há mais de 40 anos, o que foi colocado em causa na década de 1980 por: maior disponibilidade de médicos, (b) ausência de um quadro legislativo que reconhece-se o EPA, e (c) pouca conscientização pública sobre os serviços que os EPA podem fornecer. Em</p>
--	--	--	---

				<p>2002, a Canadian Nurses Association desenvolveu um enquadramento para a PAE, identificando os principais elementos associados às características do papel, competências, preparação educacional, domínios de prática e regulamentação.</p> <p>Austrália, França, Nova Zelândia, Filipinas, Singapura, Suécia e Suíça forneceram exemplos de abordagens coordenadas para examinar a viabilidade do papel da APN em ambientes de saúde, desenvolvendo task forces, comitês multidisciplinares ou discussões entre decisores políticos. Esses grupos reuniam-se para avaliar as necessidades reais em saúde, os custos associados aos cuidados de saúde e o impacto da PAE nos mesmos.</p> <p>Os enfermeiros têm ao seu alcance uma série de oportunidades para avançar as posições de enfermagem e ser ativistas no desenvolvimento, implementação e aprimoramento da qualidade de prestação de cuidados a baixo custo para as populações do mundo, especialmente para aqueles que são vulneráveis e em alto risco</p>
Advanced Nursing Practice: What Is It?	Thompson e Watson, 2003		Artigo de opinião	<p>A PAE depende em grande parte das necessidades em saúde da sociedade contemporânea e de sua capacidade de resposta a estas (envelhecimento populacional, avanços tecnológicos, aumento das expectativas de utentes e profissionais).</p> <p>Tem emergido uma plethora de títulos para a PAE, sendo que frequentemente a orientação e objetivos destes papéis não são definidos por enfermeiros. Questões relacionadas com a conceptualização dos papéis, escopo de ação e limites/fronteira da prática precisam ser esclarecidos, e padrões concernentes à responsabilidade, autonomia e autoridade, e estatuto legal precisam ser determinados. Há ainda que levar em consideração questões como sejam o nível de experiência e especialização, preparação educacional, supervisão, credenciamento e regulação., o que é difícil em contexto de modelos de "polivalência" e substituição de papéis (e erosão de papéis), onde há uma indefinição das fronteiras profissionais. Há que levar em conta a cultura, a estrutura e o processo do sistema de assistência à saúde, incluindo políticas, compras e gerenciamento, deverão ser levados em consideração. Deve considerar-se a acessibilidade, preferências do paciente e diversidade cultural e não apenas questões</p>

				<p>como a relação custo-benefício (valor pelo dinheiro), capacidade da força de trabalho e avaliação de resultados e da qualidade.</p> <p>Barreiras ao desenvolvimento da PAE: resistência (ativa e passiva), oposição e obstrução de novos papéis e responsabilidades, que muitas vezes manifestam atitudes negativas e falta de recursos.</p> <p>Alavancas: liderança (apoiar a inovação e fornecer direção, propósito e motivação).</p>
<p>A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China.</p>	<p>Parker e Mill, 2017</p>	<p>Fornecer uma visão geral da Enfermagem de Prática Avançada nos EUA, Canadá, Austrália e Hong Kong</p>	<p>Revisão narrativa da Literatura</p>	<p>Vários países da Ásia, incluindo a China, não possuem um sistema de CSP. Com o aumento da pressão nos hospitais e longas listas de espera, a necessidade de cuidados comunitários é urgente. Isso é particularmente verdade no contexto do crescimento da população idosa que sofre de condições crônicas com comorbidades cujas condições podem ser monitorizadas e geridas em casa, em vez de no hospital.</p> <p>A procura de EPA tem vindo a aumentar à medida que sua experiência clínica, liderança e eficácia enquanto agentes de mudança tem sido reconhecidas e incorporadas nas carreiras de enfermagem, sendo que vários países têm programas PAE bem estabelecidos e cerca de 70% dos hospitais do mundo têm alguma forma prática morta. A evidência de que os EPA contribuem significativamente para melhorar o atendimento ao utente e os resultados em saúde (taxas de hospitalização e readmissão e, portanto, custos).</p> <p>A realização de que os EPA são um importante recurso humano para melhorar o acesso a modelos de saúde de alta qualidade, custo-efetivos e sustentáveis facilitou positivamente a integração da PAE nas políticas governamentais e académicas em muitos países.</p> <p>EUA – O termo PAE refere-se aos <i>clinical nurse specialists, nurse practitioners, nurse midwives</i> e <i>nurse anesthetists</i>; Os NP existem há cerca de 40anos; Formação – a formação evoluiu de uma uma formação on the job para programas de mestrado e pós mestrado. O aumento da profissionalização da função levou à acreditação de programas e certificação dos alunos. O currículo de formação em PAE é baseado nas competências a desenvolver para o para a função em causa, no grau académico a obter, na acreditação e certificação. O currículo de mestrado inclui fisiologia, farmacologia,</p>

			<p>fisiopatologia; pensamento crítico; competências de planeamento, avaliação, diagnóstico, prestação de cuidados baseada em evidências; ética, direito, liderança, tecnologias (informática, colheita, compilação e tratamento de dados). Espera-se que os EPA assumam posições de liderança, influenciem e promovam a qualidade e melhorem os resultados. O objetivo é avançar a PAE para o nível de Doutoramento. A gestão de casos é uma função em expansão para EPA, especialmente para pacientes com múltiplos diagnósticos e/ou diagnósticos complexos. As barreiras à PAE incluem legislação e regulação obsoleta, desacreditação pela profissão médica, estratégias de manipulação da opinião pública relativamente à segurança dos cuidados prestados pelos EPA, inexistência de políticas de reembolso por companhias de seguros, falta de conhecimento público sobre a formação e eficácia de PAE e o desprezo pela PAE como recurso valioso. Existe grande variabilidade na prática de PAE, sendo que esta depende das necessidades locais e da disponibilidade de médicos e EPA. Elevada disparidade no que concerne a autoridade prescritiva, entre estados.</p> <p>A progressão na carreira varia de acordo com o local de exercício da PAE e a entidade profissional, mas por norma são acautelados a educação, experiência, competências e desempenho quando se equaciona progressão na carreira.</p> <p>O sistema de acreditação – existem organizações que certificam os enfermeiros para o desempenho de PAE com base no programam curricular e na classificação do aluno, produtividade e capacidade de liderança, entre outros. Devido a variabilidade intra estadual estas organizações certificam se de que os EPA cumprem os requisitos para a PAE no estado em questão, em termos de certificação formação / experiência e competências para o âmbito da prática exigida.</p> <p>Canadá: 3 tipos de EPA, os clinical specialists (CNSs), primary healthcare nurse practitioners (PHCNPs) e os acute care nurse practitioners (ACNPs). Embora o papel do nurse practitioner esteja devidamente estabelecido pela CNA e legalmente protegido, o mesmo não acontece para o CNS pelo que existe grande variabilidade na prática destes EPA que ainda não viram a sua prática legislada e regulada. Diferenças e</p>
--	--	--	--

			<p>inconsistência na formação destes profissionais dentro e entre as províncias. No que concerne a prescrição, o formulário está dividido de forma que os NPs prescrevem de acordo com a avaliação de suas próprias competências dentro de cada categoria de medicamentos. Em Ontário, no leste do Canadá, a autoridade prescritiva não se restringe aos formulários de medicamentos permitidos. O Canadá tem 26 organizações certificadoras, coordenadas pela CNA o que garante alguma consistência de padrões e métodos de prescrição.</p> <p>Australia: Desde 1980 que educação em enfermagem passou de programas baseados em hospitais para o setor de ensino superior, ficando a educação uma responsabilidade federal e a prática e a regulação da prática uma responsabilidade territorial. Em 2009 a Lei Nacional de Regulação do Profissional de Saúde entrou em vigor em cada estado e território, transferindo assim a responsabilidade pela regulação de todos os profissionais de saúde (médicos, enfermagem e obstetrícia, farmácia, odontologia, fisioterapia, medicina chinesa e outros) para o estado. A maioria dos serviços de saúde continua sob a jurisdição dos estados e territórios.</p> <p>A PAE desenvolveu-se em contexto de escassez médicos em regiões remotas e rurais. No ano 2000 surgiu 1 programa acreditado de NP. Em 2005 a Australian Nursing and Midwifery Accreditation Council definiu padrões de competência para a implementação de PAE em todos estados e territórios. Para obter uma licença para o exercício de PAE, O NP tem que ter no mínimo 3 anos de experiência a exercer PAE e um mestrado aprovado pelo ANMB. A formação é semelhante à do Canadá e EUA, com ênfase em farmacologia, fisiologia, patofisiologia, etc. EPA que não NP necessitam, para além do Bacharelado em Enfermagem pelo menos de um certificado de pós-graduação em sua área de especialidade, sendo que muitos também possuem um diploma de Mestrado.</p> <p>O papel dos NP da Austrália têm legitimidade em termos de consistência, relevância e âmbito da prática. A aceitabilidade social pelos stakeholders é variável não obstante os EPA desempenharem papéis essenciais na prestação de serviços em contextos hospitalares e comunitários No que respeita os EPA, não NP, os papéis são caracterizados pela falta de consistência de títulos e falta de definição de</p>
--	--	--	--

			<p>papéis. As categorias incluem consultor de enfermagem, Enfermeiros Especialista, coordenador de enfermagem, gestor de cuidados, coordenador clínico, enfermeiro de ligação, enfermeiro investigador.</p> <p>As áreas de especialização em enfermagem têm se desenvolvido ao longo do tempo de maneira ad hoc e não estruturada, sem um sistema de classificação para orientar o processo, sendo que a confusão em torno da nomenclatura e o escopo da prática avançada. Prevalcem múltiplas funções avançadas de enfermagem e falta de consistência no escopo das funções e nas suas responsabilidades. Os NP por sua vez exercem em áreas tão vastas quanto: emergência (adulto / pediátrico); saúde mental (adulto); doença respiratória (adulto); tratamento de feridas; serviços neonatais, fibrose cística (adulto / pediátrico); insuficiência cardíaca; transplante cardíaco; doença inflamatória do intestino (adulto); cuidados paliativos (adulto / pediátrico); cuidado ao idoso (cognição alterada); diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2; saúde sexual e reprodutiva, doença renal crônica (incluindo diálise); serviços de urologia (adulto); CSP; serviços oncológicos (adulto / pediátrico), rurais e remotos; transtornos por uso de substâncias.</p> <p>Os padrões de acreditação são estabelecidos pela ANMAC. A prescrição é limitada pelo escopo da prática. Existem acordos entre NP e médicos para a referência de doentes entre ambos. Não há padrões formais de acreditação para EPA para além de NPs, embora diversas áreas de especialidades tenham desenvolvido padrões de prática complementares aos padrões de prática profissional genéricos para enfermeiros generalistas fornecidos pelo NMBA.</p> <p>Devido à falta de acordo nacional sobre o que constitui uma especialidade, cada Estado e Território pode ter diferentes entendimentos sobre o que constitui uma especialidade específica nomeadamente em termos de competências exigidas para a prática das mesmas. Há uma interação altamente complexa em termo de configurações de serviços, regulação profissional e educacional no debate sobre a especialização. Será difícil encontrar uma estrutura nacional que se adapte a todas as jurisdições e configurações de serviço. A progressão na carreira é desenvolvidos a nível local e negociado em conformidade com os</p>
--	--	--	---

				<p>Acordos de Negociação da Empresa. A NMBA desenvolveu uma estrutura para avaliar o desempenho e competência dos NPs com base nos princípios da responsabilidade, avaliação de desempenho, prática baseada em evidência, validade e confiabilidade, participação e colaboração, a fim de obter informações adequadas e essenciais. Os demais EPA são avaliados de acordo com ferramentas em uso no local onde trabalham. Estes não são padronizados e variam de configuração para configuração.</p> <p>É essencial que as entidades empregadoras e associações profissionais apoiem os EPA para que tenham sucesso à medida que desenvolvem e aprimoram as suas funções.</p> <p>À medida que a complexidade da prestação de cuidados de saúde aumenta, espera-se que os EPA sejam capazes de pensar criticamente sobre como melhorar a prestação de cuidados, tendo em conta a otimização dos resultados e a redução de custos. Assim, espera-se que os EPA desenvolvam competências para colher, compilar, analisar e relatar dados, desenvolver planos de negócios e comunicar-se efetivamente com o público em geral, políticos e gestores.</p>
<p>Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a <i>scoping review</i>.</p>	<p>Torrens et al., 2020</p>	<p>Identificar, avaliar e sintetizar as barreiras e facilitadores que afetam a implementação PAE nos CSP</p>	<p>Scoping Review</p>	<p>O papel do EPA era diversificado, e incluía a prestação de cuidados a utentes ao longo da vida, com diferentes grupos de pacientes. Houve pouco consenso sobre o nível de autonomia, ou o que constitui as atividades quotidianas. Os fatores inerentes ao funcionamento da equipa multiprofissional foram a barreira e o facilitador mais frequentemente referido. Fatores individuais, linhas de responsabilidade e "outros" fatores (ou seja, financiamento) foram outras das barreiras enunciadas. Os facilitadores enunciados incluíam fatores individuais, supervisão e liderança e "outros" fatores (ou seja, financiamento, planeamento para integração de funções).</p> <p>Construir relações de colaboração com outros profissionais de saúde e negociar a função são essenciais para o sucesso da implementação da PAE. O consenso da equipe sobre a função dos EPA como eles se integram na equipe também é de particular relevância.</p> <p>Há um interesse internacional em rever e redefinir as funções de todos os profissionais da linha de frente, a fim de suprir algumas das</p>

			<p>carências de força de trabalho. A PAE foi introduzida no início dos anos 1960, nos EUA, para enfrentar alguns dos desafios da força de trabalho, e continuou desenvolver-se globalmente, embora a diferentes velocidades conforme as necessidades.</p> <p>Advanced Nurse Practitioner (ANP) é um termo genérico para uma série de funções, normalmente desempenhadas por enfermeiras com experiência e qualificações para além de bacharelato. Os títulos de enfermagem avançada são diversos e incluem nurse practitioner (NP), advanced practice nurse (APN), clinical nurse specialist (CNS), nurse specialist, professional nurse, expert nurse e nurse consultant, o que dificulta o reconhecimento dos papéis, do escopo da prática e da regulação que os define.</p> <p>EPA demonstram experiência em 4 áreas: prática clínica, liderança e gestão, educação e investigação. Trabalham de forma autónoma em colaboração com outros PS, monitorizam riscos, avaliam resultados. Evidência demonstra que os EPA têm resultado semelhantes aos médicos em contexto de CSP, sendo que os utentes parecem apresentar níveis mais elevados de satisfação com os cuidados prestados por EPA.</p> <p>Barreiras e alavancas à implementação de PAE: 1) com volume substancial de evidências - fatores relacionados com a equipa; linhas de responsabilidade; fatores individuais; carga de trabalho; e "outros" fatores. Os fatores relacionados com a equipa incluem a falta de consciência relativamente ao papel do EPA, a recusa do papel do EPA por médicos e outros PS da equipa multiprofissional, dificuldades em estabelecer uma relação de colaboração entre os PS e o EPA, resistência à implementação de PAE inter e intraprofissional, recusa em trabalhar com EPA (recusa em referenciar para EPA ou partilhar informação). As barreiras relacionadas com as linhas de responsabilidade prendem-se com a imposição de restrições à PAE, nomeadamente em termos de âmbito da prática profissional e autonomia, falta de clarificação do papel do EPA em relação aos demais PS, e expectativas (ou ausência de) face ao papel do EPA. Outras barreiras dizem respeito às incertezas relativamente ao financiamento do papel do EPA, reembolso financeiro para os NP, competição financeira entre médicos e EPA. Os fatores individuais prendem-se com a falta de</p>
--	--	--	---

			<p>confiança nas competências adquiridas para o desempenho de PAE, insegurança quando da tomada de decisão/ prescrição autónomas. Falta de confiança por parte dos médicos na formação eoconhecimento dos enfermeiros para o exercício de uma prática expandida. A sobrecarga de trabalho também foi referida como uma importante barreira, sendo que os enfermeiros antecipam aumento da carga de trabalho por lhes serem delegadas funções médicas, e os médicos antecipam uma sobrecarga de trabalho associada não só à supervisão do trabalho do EPA como ao facto de terem que atender doentes mais complexos. A falta de tempo também foi vista como uma barreira, visto impedir a prestação holística de cuidados.</p> <p>2) volume moderado de evidência: contexto político externo (legislação e restrições regulamentares ao desempenho de PAE, nomeadamente no que concerne a referenciação de doentes entre prestadores e níveis de cuidados, prescrição de MCDTs, responsabilidades legais, mecanismo de pagamento e reembolso do EPA); formação e educação (reservas quanto às competências e capacidade dos EPA para cumprir com papéis de PAE, disponibilidade para dar continuidade ao desenvolvimento profissional inerente ao desempenho de PAE), supervisão e liderança (falta de apoio de líderes políticos e gestores impossibilita/dificulta implementação de PAE), o tipo de tarefas também foi identificado como barreira (estudos descrevem que EPA foram impedidos de prescrever MCDTs e referenciar doentes devido à resistência por parte de alguns PS) ou devido aos direitos de prescrição legislados), factores relacionados com os doentes (não aceitação do papel do EPA, preconceitos negativos acerca dos EPA, preferência por outros profissionais, complexidade dos doentes) e ambiente (falta de infraestruturas, isolamento por exercer em ambientes remotos e rurais).</p> <p>3) baixo volume de evidência: Políticas e procedimentos (várias políticas de regulação locais e institucionais impediam uma prática autónoma e independente), sistemas de comunicação (ausência de sistemas dificulta a partilha de informação clínica dos utentes), gestão do pessoal (em algumas áreas a contratação de EPA não estava equacionada mesmo em contexto de escassez de CG), cultura de</p>
--	--	--	--

			<p>qualidade e segurança (desconfiança da equipa médica relativamente ao impacto da PAE na qualidade), equipamentos e consumíveis (inacessibilidade a meios de comunicação limitava telemedicina, e levava a problemas de iminência de PAE.</p> <p>Facilitadores da implementação e desenvolvimento de PAE: Elevado volume de evidência - Factores relacionados com a equipa multiprofissional (colaboração, confiança e boa relação interprofissional, apoio por parte de médicos, demais enfermeiros, e outros profissionais), factores individuais (conhecimento, experiência prévia, adaptabilidade), e outros (estratégias de financiamento e reembolso); Moderado volume de evidência – supervisão e liderança (a implementação de PAE com sucesso exigiu forte apoio e liderança de gestores, médicos e colegas de enfermagem seniores, sendo que o apoio médico foi indispensável durante o período de transição do papel), educação e formação (a integração de momentos de formação na prática diária e de formação superior para o desempenho de PAE foi essencial para facilitar a implementação da PAE), linhas de responsabilidade (definição coerente do papel e funções a serem desempenhadas do EPA a redução da ambiguidade), política e contexto externo (remoção de barreiras legais que limitem a autonomia e o escopo de ação), aceitabilidade social e apoio dos utentes, ambiente físico e sistemas de comunicação (a partilha de informação entre PS, gestores, legisladores e utentes promove relações e facilita a implementação de PAE). Baixo volume de evidência – carga de trabalho (políticas e procedimentos, características das funções a serem desempenhadas, cultura de qualidade e segurança, gestão de pessoal, disponibilidade de recursos).</p> <p>A ambiguidade em torno da definição de PAE está associada à falta de compreensão e aceitação pelos pares, o que dificulta o desenvolvimento de uma prática colaborativa entre PS. A evidência disponível realça a falta de confiança que os médicos têm na adequação da formação e treino dos enfermeiros para o desempenho de papéis avançados. A resistência dos médicos, em particular, fez com que a mudança dos papéis tradicionais da enfermagem e da relação hierárquica entre</p>
--	--	--	---

			<p>enfermeiro e médico fosse difícil de alcançar no carro primário.</p> <p>A falta de auto-confiança também foi uma barreira importante para os EPA, o que se revelou um desafio para a implementação de PAE. Houve considerável dúvida entre os enfermeiros em relação às suas competências para assumir funções avançadas. Os EPA manifestaram preocupação face as expectativas das funções a serem desempenhadas, administração de tempo, responsabilidades acrescidas e uma carga de trabalho mais complexa, especialmente quando trabalhavam de forma isolada com acesso limitado a apoio e consultadoria com outros profissionais. Relatadas preocupações sobre a sustentabilidade técnica do papel do EPA no contexto político actual. Havia incerteza quanto ao desempenho de um papel que acarreta maior responsabilidade e carga de trabalho sem a garantia de financiamento ou reembolso financeiro semelhante aos médicos de CSP. A falta de infraestrutura apropriadas para apoiar a função (ambiente físico, política e procedimentos locais, suporte de funções centrais, equipamentos e consumíveis, sistemas de comunicação) também constitui um desafio em alguns países e/ou estados/territórios.</p> <p>Facilitadores: A construção de relacionamentos colaborativos e de apoio entre EPA e outros profissionais de saúde, especialmente médicos, facilitou a implementação da PAE. Os médicos, em particular, precisavam acreditar no papel e no impacto positivo que ele poderia ter. As crenças sobre o que o indivíduo trouxe para a função, ou seja, experiência, confiança, habilidades e base de conhecimento, foram importantes e valorizadas por outros profissionais de saúde. É necessária uma forte liderança para garantir planeamento e negociação adequados para que a função seja integrada de forma significativa na prática e para garantir orientação e supervisão adequadas para que a PAE floresça e progrida. O apoio dos líderes políticos e gestores também é indispensável. O apoio financeiro também é um requisito fundamental para dissipar os temores em torno do financiamento contínuo para a educação e a prática. Facilitadores como sejam o ambiente físico e sistemas de comunicação, equipamentos e consumíveis não foram referidos em estudos europeus. A formação e educação também não foram referidos como</p>
--	--	--	--

				<p>facilitadores na Europa, talvez porque já existam programas de formação e legislação que facilite a PAE.</p> <p>A legislação e regulação, bem como financiamento e reembolso financeiro, foram fatores importantes para a implementação da PAE, bem como a supervisão e liderança. A implementação de PAE é complexa e requer uma abordagem multifactorial que tenha em consideração factores individuais, organizacionais, relacionados com a prática em si e com os sistemas de saúde. Os EPA podem ser o primeiro ponto de contato, realizar avaliações, solicitar MCDs e atender utentes, acompanhando-os durante o tratamento. Por vezes, partilham atividades com os médicos, existindo grande variabilidade no nível de autonomia e nas atividades realizadas. Apesar da legislação permitir que os EPA exerçam de forma autónoma, referenciando, prescrevendo ou requisitando MCDTs, os EPA vêm a sua prática frequentemente limitada. Existe falta de consistência entre as funções do EPA, e grande diversidade dentro de seu escopo e esfera de prática. O sucesso da PAE depende da negociação e consenso entre os membros da equipa multiprofissional relativamente aos papéis de cada um. O papel do EPA parece ser isolado, sendo a colaboração da equipa multidisciplinar frequentemente limitada. Estabelecer relação com outros profissionais, fortalecer acordos de colaboração e negociar a função são essenciais para o sucesso da implementação da função do EPA. Consenso sobre a definição da função e como deve complementar outros profissionais de saúde é vital.</p>
Education for advanced nursing practice: an evolving framework.	Atkins e Ersser, 2000	Apresentar e criticar um enquadramento para a prática avançada.		<p>Tem havido falta de consenso conceptual e político em relação a um nível de prática avançada para os enfermeiros no Reino Unido. Apesar dos desenvolvimentos nas propostas de políticas relacionadas com uma prática mais avançada e com a prática do enfermeiro enfermeiro consultor, as implicações para a educação de tais profissionais têm recebido atenção limitada. Deve dar-se atenção à operacionalização dos atributos da prática avançada dentro de uma estrutura curricular apropriada. Propõe-se como nível académico adequado para a formação em PAE a pós-graduação. Clareza e consenso são indispensáveis para se proceder a uma análise da prática avançada. Apesar das limitações</p>

				<p>inerente ao enquadramento utilizado, ele fornece a orientação flexível e coerente necessária para ajudar no desenvolvimento de líderes de prática. A estrutura tem aplicabilidade além das fronteiras profissionais e nacionais. A sua natureza genérica tem permitido o seu uso com sucesso com outros profissionais de saúde, o que pode ajudar a promover um trabalho interprofissional mais próximo. Além disso, a estrutura tem relevância internacional, conforme demonstrado em uma comparação com a literatura internacional chave. Seguindo a extensa análise da literatura, um grau suficiente de consenso sobre a educação para a prática avançada internacional foi identificado. No entanto, apesar do fato de que a política nos EUA é bem desenvolvida, há espaço para adicionar aos debates sobre a reforma da prática avançada. Há uma necessidade de preparação adequada de líderes baseados na prática para ajudar a promover as práticas de saúde através do aumento de sua capacidade engajar-se no desenvolvimento de práticas sistemáticas, avaliação eficaz e políticas e padrões de práticas inovadoras. A estrutura apresentada contribui para o desenvolvimento desses processos.</p>
<p>An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice, on quality of care, cost and access to services: A narrative review</p>	<p>Casey et al., 2017</p>	<p>Avaliar criticamente e sintetizar a evidência existente sobre o impacto da prática de enfermagem especializada e avançada na qualidade do atendimento, custo, resultados e acesso aos serviços</p>	<p>Revisão sistemática rápida e síntese narrativa da literatura dos resultados e impacto da PAE e da prática especializada em relação à qualidade do atendimento, custo e acesso aos serviços</p>	<p>A integração da PAE é dificultada pela falta de: uma definição universal do que constitui o papel do EPA, do estabelecimento dos limites da prática, dos níveis de PAE, autonomia clínica e preparação/formação para o exercício do enfermeiro especialista, enfermeiro parteiro, EPA, o que causa confusão entre o público e outras profissões relativamente ao que é a prática especializada e o que distingue o especialista, do parteiro do EPA.</p> <p>As características críticas da prática de enfermagem especializada e são: foco clínico, defensor do utente, educação e formação, auditoria, investigação e pesquisa e consultadoria. Estes Enf são líderes comprometidos com a disseminação de informação baseada em evidência, conhecimento e instrução de pares dentro da área clínica de actuação. Existe uma falta geral de compreensão das funções inerentes à PAE bem como disparidades nas funções desempenhadas entre níveis de cuidados.</p> <p>Um fator de distinção entre EE e NPs para ser o grau de tomada de decisão e responsabilidade, e não a complexidade das tarefas realizadas, sendo que os NPs podem referenciar e ser</p>

				<p>referenciados por outros PSe e exercer maior tomada de decisão autônoma, o que resulta em agilização de processos quando da gestão de casos.</p> <p>Impacto da PAE na qualidade: Os cuidados prestados por EE e NPs melhoram os resultados do paciente / cliente, são seguros, e não tiveram impacto nos custos; Demonstrada elevada qualidade nos cuidados prestados não existindo diferença entre especialista e NPs em termos de satisfação dos utentes com os cuidados físicos, apoio emocional ou aconselhamento clínico. O impacto positivo dos EE em doentes crônicos também foi documentado, os principais resultados incluíram melhoria na qualidade de vida, maior satisfação para utentes e PS, menores taxas de reinternamento e menores custos associados. Estudos têm destacado que EPA apresentavam competências de diagnóstico, inclusive radiológico, maior consciência das práticas de gestão da dor, maior impacto na redução do tempo de espera dos pacientes em comparação com médicos. O recurso a EE em regime de ambulatório, especialmente com doentes crônicos (problemas de saúde mental, insuficiência cardíaca, cancro de mama), resulta em melhores resultados de saúde para os doentes. O recurso a EE em pediatria também melhora os resultados em saúde das crianças, reduz o nº de internamentos e readmissões, melhorando assim a qualidade. O recurso a EPA é considerado por alguns autores como custo efetivo por permitir que PS eficientes, libertem médicos para lidar com pacientes gravemente enfermos e por reduzir as taxas de internamento. O desempenho de PAE por EPA melhora: a acessibilidade aos cuidados de saúde, a formação dos doentes, a satisfação de utentes e familiares, os resultados clínicos, a qualidade do atendimento e a utilização dos serviços em saúde. Os NP podem exercer várias funções nos CSP e colmatar várias funções no seio da equipa multidisciplinar e suprir as necessidades em saúde da população. Existe evidência do impacto positivo dos NPs e dos EPA na qualidade dos cuidados prestados em doentes crônicos. Os NP prestam cuidados adequados e custo efetivos numa variedade de contextos (urgência, cuidados intensivos, CSP, etc.). Os EPA também promovem a acessibilidade a cuidados de saúde em áreas como emergência e saúde mental.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Há uma necessidade crescent de analisar e documentar os resultados e o impacto da PAE relativamente à qualidade, custos, acessibilidade a cuidados de saúde, resultados em aúde, já que os papaéis execidos por estes profissionais têm o potencial de promover a acessibilidade e conter custos.</p> <p>Os resultados sugerem que uma maior utilização dos EPA pode promover a acessibilidade a cuidados, contudo estes profissionais cntinuum a ser subutilizados. As organizações de saúde deveriam otimizar o papel do EPA para melhorar a qualidade, conter custos e melhorar o acesso aos cuidados. Outras evidências sugerem que um modelo de atendimento colaborativo liderado por enfermeiras pode libertar consultores, permitindo-lhes concentrar em pacientes com necessidades mais complexas.</p> <p>É difícil atribuir resultados específicos aos EPA devido à complexidade das intervenções e ao facto de elas frequentemente incluírem equipas multidisciplinares.</p> <p>Para demonstrarem o seu contributo para os SS os EPA devem demonstrar ainda que sucintamente os processos e resultados que interessam aos utentes, profissionais e organizações</p> <p>Há que captar o impacto da PAE através de indicadores que possam ser atribuídos às intervenções dos EPA. Estudos futuros deveriam capata o impacto da PAE nos doentes, nos profissionais e nas organizações.</p>
Advanced nursing. Part 1: The development of advanced nursing roles.	Barton et al., 2012	Descrever o desenvolvimento da PAE,a sua fundação na arena internacional, e o seu recente desenvolvimento no Reino Unido	Artigo de opinião com base em revisão narrativa da literatura	<p>A evolução da PAE tem sido longa e complexa, e levou à inovação na enfermagem, mas também à confusão.</p> <p>As incertezas relativamente ao que a PAE é e que benefícios acarreta manifesta-se de diferentes formas tanto para enfermeiros quanto para utentes, medicos e demais PS.</p> <p>Os EE são o primeiro produto da evolução profissional da enfermagem. A fundação da PAE actual foram Os EE introduzidos nos EUA nos anos 30-40. Em 1960 os CNSs estavam perfeitamente estabelecidos na profissão de enfermagem. Em 1965 o papel do NP foi fundado incorporando os princípios dos EE, mas também as competências de diagnóstico tradicionalmente médicas, isto devido à escassez de medicos que havia na altura. Esta transgressão das barreira profissionais levou a</p>

			<p>alguma inquietude numa altura em que a enfermagem se distanciava do domínio médico. A introdução do NP foi um desenvolvimento controverso e desafiador, e afetou a relação da enfermagem com as demais profissões de saúde. O papel proliferou ainda assim durante a década de 80, e em 1990 foi introduzida a regulamentação e padronização da formação profissional de enfermagem. Nos anos 2000 esta prática estava estabelecida.</p> <p>No Reino Unido o NP foi introduzido por Stilwell nos CSP em 1988. NE era um enfermeiro que integrava as competências de enfermagem com as competências de avaliação, diagnóstico, e gestão autónoma de doentes. Os NPs emergiram na prática clínica durante os anos 90 e início de 2000. O primeiro programa de formação de NP foi estabelecido pelo RCN no início dos anos 90. As primeiras competências dos NPs incluíam consultoria, rastreio de doenças, exame físico, gestão de doenças crónicas e de lesões de menores gravidade, educação para a saúde e aconselhamento. Após este “pontapé de saída” várias universidades por todo o país desenvolveram programas de formação de NP, primeiramente nível de licenciatura e posteriormente mestrado. O mestrado é actualmente pré-requisito para a PAE. Embora o NHS precisasse de EPA, as entidades empregadoras subestimaram o contributo e potencial da PAE em termos de redesenho de serviços, sendo que para tal contribuiu a estrutura de carreira pouco desenvolvida da enfermagem. Documentos como The Knowledge and Skills Framework, a introdução legislativa de prescrição não médica, o surgimento da Association of Advanced Nursing Practice Educators e a implementação pelo governo do papel de enfermeira consultora, vieram pavimentar o futuro da PAE. Actualmente duas questões definem e desafiam a PAE a regulação e governança, e as mudanças estruturais para o NHS e restrições de recursos que exigem um redesenho inovador de serviços. O produto mais significativo da Modernização da carreira de Enfermeira foi o Advanced Practice Toolkit que estabelece os quatro pilares sobre os quais a PAE deve ser construída: clínica; investigação, Educação, Gestão / Liderança. Embora se advogue a PAE como sendo um recurso custo-efectivo e uma ferramenta para repensar e reconfigurar serviços de saúde e sobrepujar desafios como sejam a escassez de recursos, os EPA são a vanguarda da inovação em enfermagem e vêm desafiar as</p>
--	--	--	--

				tradições arraigadas de profissões e organizações de saúde.
Advanced nursing 2: a governance framework for advanced nursing.	Barton et al., 2012	Descrever a introdução de uma estrutura de governança para a PAE		<p>As deliberações sobre a regulação da prática avançada de enfermagem no Reino Unido têm sido longas e complexas. Os debates começaram no final dos anos 80 e início dos anos 90, à medida que o serviço e o interesse estratégico em funções avançadas de enfermagem cresceram. Não obstante a adoção da PAE enquanto estratégia para fazer face aos desafios em saúde, a regulação profissional permanece sem solução e é considerada como inalcançável e injustificada.</p> <p>Dois documentos recentes encaram a governança como um mecanismo de regulamentação local liderado pelo empregador - a declaração de posição do DH (2010) sobre a prática avançada e a estrutura galesa para a prática avançada (Agência Nacional de Liderança e Inovação para Saúde, 2010)</p> <p>Em 2009 o Health Board Nurse Executive reconheceu a necessidade de avaliar a PAE, tendo confirmado que muita das funções de PAE haviam evoluído de forma não regulamentada e não planeada. O executivo identificou a necessidade de estabelecer uma estrutura de governança mais robusta que regulasse as atividades dos profissionais. Uma característica chave de desenvolvimento da estrutura de governança para profissionais avançados foi a necessidade de médicos, gerentes e avaliadores concordarem com os critérios. O grupo multiprofissional de orientação de prática avançada, com representação de médicos, gestores de enfermagem e especialistas universitários ficou encarregado de desenvolver a estrutura de governança e ferramentas de avaliação, e de estabelecer um recurso para avaliar os profissionais e seus portfólios.</p> <p>De acordo com os critérios estabelecidos pelo grupo qualquer profissional de prática avançada deve possuir um mestrado na área em que pretende exercer e deve manter um portfólio de evidências estruturado onde evidenciem: capacidade de resolução de problemas, pensamento crítico, reflexão, atualização clínica, liderança, capacidade de investigação, devendo disponibilizar esse mesmo portfólio para revisão independente. Nele o profissional de PA deve identificar as competências</p>

			<p>adequadas à sua função e a descrição do trabalho, e tanto o profissional como as suas competências devem ser avaliados usando ferramentas apropriadas. Deve ter também uma avaliação de desempenho anual conduzida por terceiros - por psres tais como médicos especialistas (multiprofissionais), gestores, utentes. O grupo de prática avançada elaborou diretrizes para a elaboração do portfólio. Essas diretrizes visavam ajudar os profissionais a desenvolver um portfólio de evidências para demonstrar a prática avançada, sendo que o mesmo deveria ser avaliado em termos das competências do profissional e PAE e avaliação do portefolio em si e da suficiência (in) da informação nele disponibilizada para garantir que o profissional tem competências para o exercício de PA.</p> <p>A introdução de uma estrutura de governança deve ser vista como uma medida positiva que visa garantir que os profissionais avançados estão aptos para a prática, garantindo portanto a proteção pública na ausência de regulação profissional nacional.</p> <p>Embora seja amplamente defendido que a PAE não acarreta riscos para o público em geral, tal deve ser regulado por um código de conduta. O desenvolvimento ad hoc de funções avançadas de enfermagem, o uso aleatório de títulos que podem implicar níveis de especialização clínica que não podem ser verificados e o a variabilidade na formação de profissionais individuais apontam para a necessidade de governar a PAE ao nível da entidade empregadora.</p> <p>Esta iniciativa levada a cabo descobriu-se que muitos praticantes não atendiam aos critérios de prática avançada. Embora essa auditoria e governança possam ser percebidas como uma ameaça aos profissionais e ainda mais burocracia, na realidade, permite que os empregadores e prestadores de serviços assegurem ao público os EPA estão aptos para a prática.</p> <p>Já não basta supor que o código de conduta profissional é suficiente para garantir a proteção do público dado o ritmo a que a PAE está a desenvolver-se para dar resposta à procura de serviço. Desenvolver e estabelecer critérios de governança nomeadamente através da avaliação de portfolios profissionais é uma abordagem útil e estruturada que permite uma compreensão</p>
--	--	--	--

				<p>mais robusta das funções desses profissionais e fornece evidências que apoiam a eficácia de tais funções em termos de resultados para os pacientes. Ele também permite a avaliação da reconfiguração de serviços, uma vez que os profissionais avançados são cada vez mais usados em arenas mais amplas e desafiadoras.</p>
<p>Advanced nursing 3: What does the future hold for advanced nursing</p>	<p>Barton et al., 2012</p>			<p>A procura por serviços de PAE tem vindo a crescer. A evidência sugere que EPA podem desempenhar um papel fundamental na resolução de problemas dos serviços de saúde.</p> <p>O futuro da PAE é condicionado por 2 fatores: a busca de uma forma de regulação e governança da prática a nível nacional; As alterações que têm vindo a ser introduzidas na organização da prestação de serviços de saúde no RU.</p> <p>Uma das principais restrições à PAE no RU tem sido, precisamente, a ausência de mecanismos de governança, isto porque a visão estratégia actual é a de que os EPA não representam risco para o público e que o código de conduta (do Conselho de Enfermagem e Obstetrícia, 2008) fornece toda a proteção profissional e pública necessária. Embora a evidência disponível aponte para o impacto positivo da PAE nos resultados em saúde a visão acima descrita causa desconforto e preocupações relacionadas como facto de os EPA poderem ser incompetentes “consciente” ou “inconscientemente”. Assim os autores sugerem a adopção de mecanismos bem estruturados de governança, liderados pela entidade empregadora, e que devem fazer parte de uma estratégia nacional sancionada pelos reguladores e pelo governo.</p> <p>O NHS enfrenta actualmente desafios de contratação e retenção de profissionais em contexto de escassez de recursos pelo que se tem vindo a assistir a mudanças na organização dos serviços de saúde que podem, contudo, acarretar oportunidades criativas de desenho na combinação da força de trabalho. A PAE pode desempenhar um papel central na resolução dos problemas dos serviços melhorar o atendimento aos clientes se implantada de forma adequada.</p> <p>No que concerne as definições, funções e competências do EPA a evidência disponível fornece actualmente uma hierarquia de competências e conhecimentos que permite diferenciar o EPA avançado do junior. Há também um melhor entendimento da natureza</p>

				<p>da prática generalista e especializada o que permite enfrentar as restrições que limitam o uso da PAE.</p> <p>O desenvolvimento de modelos inovadores de gestão e prestação de cuidados são potencialmente limitados por estruturas e culturas organizacionais obsoletas que se caracterizam por hierarquias profissionais rígidas, tradições de trabalho ultrapassadas e práticas de trabalho ineficientes, o que desmoraliza os PS. Uma cultura organizacional mais propensa à inovação é, portanto indispensável. A responsabilidade pela resolução de problemas com a cultura organizacional recai principalmente sobre enfermeiros gestores e executivos mas também gestores de todas as profissões relacionadas com a saúde, incluindo da medicina. É expectável que a indefinição de fronteiras profissionais entre médicos e enfermeiros resulte em resistência, independentemente dos benefícios que advenham da introdução de PAE menos que os PS seniores facilite uma cultura que permita o desenvolvimento da PAE.</p> <p>Governança e regulação: Uma das principais restrições tem sido o fracasso em desenvolver mecanismos de governança de PAE no RU. As questões regulatórias recaem sobre todas as partes - profissionais, gerentes, empregadores, educadores, reguladores e governo;</p> <p>A conceptualização e a evidências disponíveis relativamente à PAE estão a amadurecer, obtendo maior aceitação. A responsabilidade em avançar a PAE recai sobre todos os envolvidos: profissionais, empregadores, gestores, educadores e, por fim, sobre os reguladores de enfermagem e governantes.</p>
--	--	--	--	--

Anexo II – Instrumento de Colheita de Dados



Questionário

“Aceitabilidade de desempenho de Prática Avançada em Enfermagem, pelos Enfermeiros Especialistas, em Portugal”

Este questionário foi desenvolvido no âmbito de um projeto de Doutoramento, subordinado ao tema "Implementação de Prática Avançada em Enfermagem em Portugal - uma análise da pertinência e viabilidade", a ser desenvolvido no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

Tem como finalidade recolher informação sobre a tomada de posição dos enfermeiros especialistas face à implementação de Prática Avançada em Enfermagem (PAE) em Portugal.

Pedimos-lhe que, enquanto Enfermeiro Especialista, preencha este questionário de acordo com a sua experiência e vivências pessoais. O preenchimento deverá levar 10 a 15 minutos.

A informação recolhida será tratada de forma anónima e não será utilizada para outro fim que não o do presente estudo e comunicações e publicações científicas a ele associadas.

Para cada questão assinale a(s) resposta(s) que considerar mais correta(s) ou adequada(s), especificando os valores ou a resposta nos casos em que seja solicitado.

Muito Obrigada pela sua participação!

Por favor, responda a todas as questões selecionando de entre as opções disponíveis e escrevendo onde solicitado.

Caracterização Socio demográfica

Género:

- Feminino
- Masculino

Idade:

_____ Anos

Formação Académica (Indique todas as que se aplicarem):

- Mestrado
- Doutoramento
- Especialidade
- Outro. Especifique _____

Dependentes (filhos)

- Não
- Sim

Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra

Especialidade:

- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Outra.

Há quantos anos terminou a especialidade?

_____ Anos

Exerce a sua especialidade naquele que considera ser o seu principal local de trabalho?

Não

Sim

Se não, por que motivo?

Qual a sua categoria profissional?

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Chefe

Enfermeiro Supervisor

Enfermeiro Diretor

Outra

Distrito do País onde exerce funções:

Exerce funções em Unidade de Cuidados Intensivos?

Não

Sim

Tempo de exercício Profissional (em anos):

_____Anos

Nº de horas de trabalho por semana:

_____Horas

Trabalha noutra local para além daquele que considera ser o seu principal local de

trabalho?

- Não
- Sim

Prática Avançadas de Enfermagem

1. Já alguma vez ouviu falar de Prática Avançadas de Enfermagem?

- Não
- Sim

2. Assinale, das seguintes funções, as que considera ser prática avançada em enfermagem:

- Prestação de cuidados de acordo com conhecimentos e competências especializados
- Desempenho de funções com base em conhecimento e evidência científica recentes e atualizados
- Desempenho de funções de liderança que garantam os mais elevados padrões de cuidados clínicos
- Gestão de episódio de cuidados
- Avaliação independente de utentes
- Colaboração no desenvolvimento de programas de cuidados de saúde
- Otimização da continuidade de cuidados aos utentes (por ex. promovendo articulação entre diferentes níveis de cuidados)
- Tomada de decisão de forma autónoma (por ex. referenciação de doentes entre níveis de cuidados)
- Diagnóstico diferencial de forma autónoma (por ex. requisição e interpretação de Meios Complementares de Diagnóstico, identificação de agravamento de estado clínico do utente, etc.)
- Prescrição de terapêutica não sujeita a receita médica (por ex. analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios, inibidores da bomba de protões, vitaminas)
- Avaliação de intervenções de saúde
- Desempenho de funções de forma independente com responsabilidades por lista própria de doentes .

- Supervisão de elementos mais jovens da equipa
- Participação em atividades de ensino e/ou tutoria
- Liderança ou participação em projetos de investigação e desenvolvimento
- Acompanhamento de utentes de forma autónoma (nomeadamente em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.)
- Referenciação de utentes de forma autónoma (nomeadamente em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.)
- Triagem, em caso de doença aguda, nomeadamente, mediante aplicação de fluxogramas de atuação
- Prescrição de meios complementar de diagnóstico
- Interpretação autónoma de meios complementar de diagnóstico
- Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação
- Gestão de doença crónica (DM, HTA, IRC, etc.)
- Gestão de serviços de saúde (cargos de chefia)
- Contribuição para o desenvolvimento de normas, protocolos e guidelines com base em evidência tendo em vista melhoria da qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados
- Contribuição para a implementação de normas, protocolos e guidelines com base em evidência tendo em vista melhoria da qualidade, eficácia e eficiência na prestação de cuidados
- Desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências
- Implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências
- Participação em trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica
- Divulgação de resultados de investigação em enfermagem mediante participação em eventos científicos (conferências, congressos, simpósios, etc.)
- Divulgação de evidência em enfermagem mediante redação de artigos em publicações

de referência na área de competência

- Consultoria entre e interpares no que concerne intervenções terapêuticas (ex. tratamentos de feridas)
 - Consultoria entre e interpares no que concerne prática clínica (ex. consultoria entre colegas de diferentes especialidades na prestação de cuidados ao doente)
 - Consultoria entre e interpares no que concerne gestão de serviços de saúde (ex. gestão de vagas em serviços de saúde, recursos humanos, articulação entre serviços)
 - Outras. Indique
-

Nota: A prática avançada em enfermagem (PAE) permite que seja reconhecida aos enfermeiros, que exercem a este nível, competências para antecipar e gerir situações complexas de problemas de saúde, reais e potenciais, e autonomia para realizar práticas tradicionalmente de reserva médica - nomeadamente, 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. A PAE compreende ainda o desenvolvimento e implementação de uma prática de enfermagem baseada em evidência, que potencie o desenvolvimento da enfermagem e das políticas de saúde, a nível local e nacional.

A PAE também abrange as dimensões da educação de utentes e pares, orientação, liderança clínica e inclui a responsabilidade de traduzir, utilizar e realizar pesquisas significativas para avançar e melhorar a prática de enfermagem (Adaptado de International Council of Nurses definition of scope of practice of APN).

3. Das seguintes alternativas assinale, de acordo com a chave de respostas abaixo, a que melhor expressa o seu nível de concordância em relação às afirmações sobre o desempenho de PAE. A sua opinião pode variar entre:

- 1 – Discordo Totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Não Concordo nem Discordo
- 4 – Concordo
- 5 - Concordo Totalmente

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
Existem tarefas, atualmente executadas por médicos, que podem ser executadas por enfermeiros (ex. acompanhamento de doentes crónicos).					
Existem funções atualmente desempenhadas por médicos que podem ser delegadas a enfermeiros com formação avançada (ex. acompanhamento de grávidas de baixo risco).					
A carga de trabalho atual dos enfermeiros impossibilita a delegação de mais funções aos enfermeiros.					
Os Enfermeiros portugueses não possuem competências para a prática de PAE					
Existe ambiguidade na terminologia PAE					
O desempenho de PAE prevê a aquisição de competências específicas.					
Enquanto Enfermeiro Especialista sinto-me capacitado para desempenhar PAE dentro do âmbito da minha especialidade.					
As competências adquiridas no âmbito da especialidade não são, por si só, suficientes para o desempenho de PAE					
Enquanto Enfermeiro Especialista necessito de formação adicional para desempenhar PAE					
A delegação de tarefas médicas a Enfermeiros Especialistas acarreta riscos (por ex. erro de prescrição ou diagnóstico) para os utentes dos Cuidados de Saúde.					
A expansão de competências dos Enfermeiros Especialistas acarreta oportunidades (por ex., potenciar disponibilidade médica para tarefas exclusivamente suas).					
O desempenho de PAE por Enfermeiros Especialistas promove a eficiência na prestação de cuidados.					

O desempenho de PAE por Enfermeiros Especialistas permite maximizar os recursos existentes nos serviços de saúde.					
A implementação de PAE potencia a acessibilidade aos serviços de saúde.					
O desempenho de PAE potencia a produtividade da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.					
O desempenho de PAE potencia conflitos interprofissionais.					
O desempenho de PAE deveria ser implementado em Portugal.					
O desempenho de PAE em Portugal deveria aplicar-se apenas aos Enfermeiros Especialistas.					
Considero a implementação da PAE em Portugal pertinente					
Considero o desempenho de PAE dispensável					
Considero a implementação de PAE em Portugal viável					
Aceitaria desempenhar PAE no âmbito da minha especialidade					

4. Selecione, de entre as seguintes, as 3 condições que considera mais facilitadoras da a implementação de Prática Avançada em Enfermagem em Portugal

- Aumento do número de enfermeiros especialistas
- Diferenciação da Profissão de enfermagem em Portugal
- Clarificação do conceito prática avançada em enfermagem
- Clarificação das funções a serem desempenhadas pelos enfermeiros de prática avançada em enfermagem
- Reconhecimento social da necessidade de aumento da eficiência na prestação de cuidados em Portugal
- Reconhecimento Social da importância do desempenho de Funções Avançadas em Enfermagem
- Envolvimento da Sociedade Civil na discussão e implementação de Funções Avançadas em Enfermagem
- Envolvimento dos profissionais de saúde na discussão e implementação de Funções Avançadas em Enfermagem
- Envolvimento político
- Aceitação do desempenho de Prática Avançada em Enfermagem pelos enfermeiros

Aceitação do desempenho de Prática Avançada em Enfermagem por outros profissionais de saúde

Aceitação do desempenho de Prática Avançada Avançadas em Enfermagem pelos utentes

5. Considera que existem outros elementos facilitadores da implementação de Prática Avançada em Enfermagem em Portugal?

Não

Sim

Se sim, quais?

6. Seleccione, de entre as seguintes, as 3 condições que, na sua opinião, podem condicionar a aceitabilidade/ aceitação do desempenho de Prática Avançada em Enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas em Portugal?

Ambiguidade na definição de Funções Avançadas em Enfermagem

Carga de Trabalho a que os Enfermeiros estão sujeitos

Atual rácio Enfermeiro/Utente

Incentivos Remuneratórios

Incentivos Não Remuneratórios (ex. progressão na carreira)

Enquadramento legal e normativo da profissão de enfermagem

Necessidade de Formação específica e/ou adicional para o desempenho destas funções

Apoio político (Ministério da Saúde, ACSS, ARS)

Apoio dos representantes legais da classe profissional (Ordem do Enfermeiros, Sindicatos)

Aceitabilidade interprofissional (multidisciplinar)

7. Existem, na sua opinião, outros motivos que condicionem a aceitabilidade da prática avançada em Enfermagem pelos Enfermeiros Especialistas?

Não

Sim

Se sim, quais?

Prática Profissional

8. Refletindo um pouco sobre a sua prática profissional diária, indique o grau de concordância, com as seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Não concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
No meu cotidiano profissional utilizo a totalidade das minhas competências enquanto enfermeiro especialista.					
A minha especialização capacitou-me para o desempenho de funções que atualmente não exerço.					
A carga de trabalho a que estou sujeito não me permite desempenhar outras funções que não as atuais.					
As minhas capacidades e competências estão subaproveitadas no meu local de trabalho.					
Estou disponível para desempenhar funções para além daquelas que exerço atualmente.					
O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha realização profissional.					
O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha realização profissional.					
O desempenho de PAE influenciaria positivamente a minha satisfação profissional.					

O desempenho de PAE influenciaria negativamente a minha satisfação profissional.					
No meu quotidiano profissional desempenho funções que podem ser classificadas como PAE					

9. Das seguintes funções assinale as que fazem parte do seu quotidiano profissional.

- Avaliação independente de utentes
- Planeamento e gestão de episódios de cuidados
- Participação no desenvolvimento e implementação de programas de cuidados
- Avaliação do impacto dos cuidados prestados
- Avaliação da efetividade dos cuidados prestados
- Acompanhamento e referenciação de doentes, se/quando necessário, em situações específicas (ex. doentes crónicos – HTA, DM, úlceras venosas/arteriais, grávidas, etc.)
- Triage e referenciação de doentes, em caso de doença aguda, mediante aplicação de fluxogramas de atuação
- Prescrição de forma autónoma de meios complementares de diagnóstico (ainda que de forma não oficial)
- Interpretação autónoma de meios complementares (ainda que de forma informal/não oficial)
- Prescrição/ Administração/ Aconselhamento terapêutico (ainda que de forma informal/não oficial, ex. prescrição de tratamentos em feridas crónicas, analgésicos/antipiréticos/medicação não sujeita a prescrição médica, etc.)
- Realização de procedimentos tradicionalmente considerados de domínio médico, como sejam exame objetivo, citologias, auscultação pulmonar, doppler venoso em avaliação de úlceras varicosa/arteriais, etc.
- Participação em atividades de ensino e tutoria (lecionar aulas e/ou colaboração em estágios profissionais em serviço)
- Funções de Liderança (por ex. chefia de equipas)
- Gestão de Serviços de Saúde
- Participação no desenvolvimento de guidelines e protocolos clínicos
- Participação, Realização e/ou Coordenação de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica
- Outras. Especifique

10. Enquanto Enfermeiro especialista indique a sua disponibilidade para desempenhar as seguintes funções:

Chave das respostas: 1 - Totalmente Indisponível; 2 - Indisponível; 3 - Disponível; 4 - Muito Disponível; 5 - Totalmente Disponível					
Gestão de lista de utentes própria com respetivo planeamento de episódio de cuidados.	1	2	3	4	5
Acompanhamento e referenciação de utentes de forma autónoma, em situações específicas, como sejam, por ex., gravidez de baixo risco, doenças crónicas, etc.	1	2	3	4	5
Triagem, em caso de doença aguda, por ex. mediante aplicação de fluxogramas de atuação.	1	2	3	4	5
Prescrição e interpretação autónoma de meios complementares de diagnóstico.	1	2	3	4	5
Realização de diagnóstico diferencial de forma autónoma (pedidos de MCD, identificação de agravamento de estado clínico, identificação de contraindicações e precauções, etc.)	1	2	3	4	5
Prescrição de terapêutica de acordo com protocolos e fluxogramas de atuação.	1	2	3	4	5
Gestão de doença crónica (DM, HTA, IRC, etc.) com referenciação e transferência de utentes para outro nível de cuidados de saúde dentro do sistema de saúde.	1	2	3	4	5
Supervisão e apoio a novos profissionais.	1	2	3	4	5
Participação em atividades de ensino e tutoria.	1	2	3	4	5
Funções de Gestão de serviços de saúde.	1	2	3	4	5
Participação no desenvolvimento e desenho de políticas de saúde, de normas, guidelines e protocolos clínicos de atuação.	1	2	3	4	5
Coordenação e Realização de trabalhos de investigação cujos resultados promovam a utilização de evidência na prática clínica.	1	2	3	4	5

Projeção e implementação de novos modelos de prestação de cuidados dentro da área de competências.	1	2	3	4	5
Divulgação de evidência em Enfermagem mediante participação em conferências e redação de artigos em publicações da área de competência.	1	2	3	4	5

11. Na sua opinião que outras funções, para além das acima mencionadas, poderiam ser desempenhas pelos EE?

Satisfação Profissional

12. Indique, de entre os seguintes, os 3 fatores que mais contribuem para a sua satisfação profissional:

- Índice remuneratório
- Reconhecimento social
- Reconhecimento interpares
- Autonomia profissional
- Responsabilidade inerente às funções a serem desempenhadas
- Condições de Trabalho (estrutura física onde trabalha, tipo de escala de serviço, etc.)
- Estatuto inerente às funções desempenhadas
- Condições de segurança
- Funções a serem desempenhadas
- Relacionamento com a equipa de trabalho
- Possibilidade de Progressão na Carreira
- Possibilidade de Formação contínua
- Possibilidade de experimentar/implementar novos métodos de trabalho

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo III – Parecer do Conselho de ética do IHMT – UNL



Conselho de Ética
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Parecer nº 13-2016

Título do Estudo: Desempenho de Funções Avançadas em Enfermagem – Uma análise da Aceltabilidade, pertinência e custo efetividade.

Investigador principal: Patrícia Sofia Oliveira Fonseca Nunes (IHMT)

Outro(s) Investigador(es) / Orientadores: Inês Fronteira, Orientadora

Entidade promotora: Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

Objetivos/Resumo do estudo:

Avaliar a pertinência e viabilidade do desempenho de funções avançadas em Enfermagem em Portugal, por enfermeiros especialistas.

Conflito de interesses: Não há evidência de conflitos de interesse.

Consentimento informado, informação para o participante e confidencialidade:

São descritos adequadamente neste protocolo.

Relativamente aos grupos focais convém descrever a destruição das gravações num período adequado ao estudo e, em relação ao questionário, o protocolo e a introdução do questionário, deveriam explicar ou realçar que o processo utilizado não permite identificar o endereço email de quem responde.

Conclusão: O presente protocolo de estudo é considerado na sua essência eticamente válido, sendo aprovado pelo CEIHMT.

Documentos apreciados: i) protocolo do estudo; ii) questionário; iii) CV da investigadora principal

Lisboa, 31 de outubro de 2016

Prof.ª Doutora Cláudia Concelção
Presidente do Conselho de Ética do IHMT