

**O CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO INTERPROFISSIONAL: A VISÃO DO MÉDICO SOBRE O TRABALHO DO ENFERMEIRO**  
**INTERPROFESSIONAL PHARMACEUTICAL CARE: THE PHYSICIAN'S VIEW OF THE NURSE'S WORK**  
**ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTERPROFESIONAL: LA VISIÓN DEL MÉDICO SOBRE EL TRABAJO DEL ENFERMERO**

*José Miguel Seguro*<sup>1</sup>

*Luís Manuel Batalha*<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-5328-1470>

*Maria Isabel Fernandes*<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-4856-4441>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

José Miguel Seguro - jmseguro@esenfc.pt | Luís Miguel Batalha - batalha@esenfc.pt | Maria Isabel Fernandes - isabelf@esenfc.pt



**Autor Correspondente**

*José Miguel Seguro*

Ladeira da Portela da Cobiça, 46 H  
3030-168 – Coimbra – Portugal  
jmseguro@esenfc.pt

RECEBIDO: 04 de maio de 2022

REVISTO: 07 de novembro de 2022

ACEITE: 27 de dezembro de 2022

PUBLICADO: 31 de janeiro de 2023

## RESUMO

**Introdução:** No cuidado farmacoterapêutico (CF) interagem múltiplos profissionais, sem fronteiras definidas de funções e com grande variabilidade entre contextos e países.

**Objetivo:** Conhecer a opinião de médicos portugueses sobre as funções dos enfermeiros no CF em equipa interprofissional.

**Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório com seleção intencional de oito médicos com experiência no CF. A colheita de dados foi realizada por entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo das entrevistas segundo Polit & Beck (2019).

**Resultados:** As funções do enfermeiro no CF interprofissional enquadram-se na preparação, administração, monitorização, prescrição e educação do utente e cuidador. Existem reservas na possível prescrição de medicamentos por parte dos enfermeiros, embora alguns admitam essa possibilidade sob condições específicas. Os médicos destacaram a relação estabelecida entre enfermeiro e utente/cuidador como ponto forte e a formação em farmacoterapia como ponto fraco.

**Conclusão:** A atividade de enfermagem no CF enquadra-se em cinco áreas do cuidado e a prescrição poderá ser uma realidade em situações específicas se a formação dos enfermeiros em farmacologia acompanhar essa evolução.

**Palavras-chave:** cuidado farmacoterapêutico; gestão de medicamentos; colaboração interprofissional; trabalho em equipa; enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** In pharmaceutical care (PC), multiple professionals interact with unclear role boundaries and significant variability across contexts and countries.

**Objective:** To identify Portuguese physicians' views on nurses' roles in interprofessional PC.

**Methods:** Qualitative, exploratory, and descriptive study with an intentional selection of eight physicians with experience in PC. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to Polit and Beck (2019).

**Results:** In interprofessional PC, nurses are involved in the preparation, administration, monitoring, and prescription of medication, as well as patient/caregiver education. There are some reservations about nurses prescribing medication, although some admit this possibility under specific conditions. Physicians highlighted the nurse-patient/caregiver relationship as strength and the training in pharmacotherapy as a weakness.

**Conclusion:** The nursing activity in PC fits into five areas of care. Nurses prescribing medication in specific situations can become a reality if nurses' training in pharmacotherapy accompanies this evolution.

**Keywords:** pharmaceutical care; medication management; interprofessional collaboration; teamwork; nursing

## RESUMEN

**Introducción:** En la atención farmacéutica (AF) interactúan múltiples profesionales, sin límites definidos de funciones y con gran variabilidad entre contextos y países.

**Objetivo:** Identificar la visión de los médicos portugueses sobre el papel del enfermero en la AF interprofesional.

**Métodos:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo con una selección intencional de ocho médicos con experiencia en AF. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y analizados según Polit y Beck (2019).

**Resultados:** En la AF interprofesional, los enfermeros participan en la preparación, administración, seguimiento y prescripción de medicamentos, así como en la educación del paciente/cuidador. Hay algunas reservas sobre la prescripción de medicamentos por parte de las enfermeras, aunque algunas admiten esta posibilidad bajo condiciones específicas. Los médicos destacaron como fortaleza la relación enfermera-paciente/cuidador y como debilidad la formación en farmacoterapia.

**Conclusión:** La actividad de enfermería en AF se encuadra en cinco áreas de atención. La prescripción de medicamentos de enfermería en situaciones específicas puede convertirse en una realidad si la formación de enfermeras en farmacoterapia acompaña esta evolución.

**Palabras Clave:** atención farmacéutica; manejo de medicamentos; colaboración interprofesional; trabajo en equipo; enfermería

## INTRODUÇÃO

O consumo de medicamentos tem tido uma tendência crescente, motivado pela necessidade de tratamento de doenças crônicas, relacionadas com o envelhecimento e pela evolução clínica dos cuidados (Khezrian et al., 2020). Os medicamentos são e continuarão a ser um pilar da qualidade dos cuidados de saúde.

O conceito de cuidado farmacoterapêutico (CF) consiste no fornecimento responsável de medicamentos com a finalidade de alcançar resultados definitivos que melhorem a qualidade de vida do utente (Hepler & Strand, 1990). A este conceito Dilles et al. (2010) acrescenta que o CF contempla também a gestão de medicamentos (pedido, armazenamento, preparação, administração, avaliação dos efeitos e a orientação do utente).

Enfermeiros, médicos e farmacêuticos desempenham funções no CF (Choo, Hutchinson & Bucknall, 2010) e historicamente, os enfermeiros são responsáveis pela preparação e administração de medicamentos. Todavia, nas últimas décadas as suas responsabilidades têm vindo a ser mais abrangentes, com a transferência de responsabilidades médicas (Maier & Aiken, 2016).

Em vários contextos, os enfermeiros assumem responsabilidades no CF que vão para além da preparação e administração de medicamentos. A função do enfermeiro integrado na equipa interprofissional tem um estudo limitado, o que perpetua a indefinição de fronteiras nas intervenções e responsabilidades no CF entre enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Esta deficiente clarificação de funções aliada às diferenças existentes nos vários países europeus tem vindo a causar impacto negativo na qualidade dos cuidados, na formação dos enfermeiros e na mobilidade laboral (Maier & Aiken, 2016 e Wilson et al., 2016).

No sentido desta clarificação de papéis foi realizada uma pesquisa quantitativa e transversal em 17 países europeus. Na qual enfermeiros, médicos e farmacêuticos se pronunciaram sobre a prática dos enfermeiros no CF em equipa interprofissional, as suas competências e a colaboração/comunicação entre os profissionais envolvidos (De Baetselier et al., 2020). Dos resultados emergiram como responsabilidades dos enfermeiros no CF: o fornecimento de informação sobre os medicamentos, a monitorização da adesão terapêutica, a vigilância e registo dos efeitos benéficos e eventos adversos, a prescrição de medicamentos e a intervenção em caso de efeitos adversos. Deste estudo resultou um modelo preliminar para o estudo “Development of a model for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care” – DeMoPhaC (De Baetselier et al., 2021), que teve o propósito de desenvolver um modelo de intervenção do enfermeiro no espaço europeu, no qual participaram 14 países, entre os quais Portugal. O presente artigo descreve o contributo de médicos portugueses no desenvolvimento deste modelo de funções dos enfermeiros e assim clarificar quais devem ser as suas funções (responsabilidades e intervenções) no CF em equipa interprofissional.

## 1. MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo e exploratório (Polit e Beck, 2019) com o objetivo de conhecer a opinião de médicos portugueses sobre as funções (responsabilidades e intervenções) dos enfermeiros no CF em equipa interprofissional e que pontos fortes versus pontos fracos preveem na assunção das funções que atribuem aos enfermeiros, bem como as potenciais ameaças e oportunidades que daí podem advir para a qualidade dos cuidados.

O estudo cumpriu os requisitos éticos e deontológicos nas suas várias etapas (consentimento informado, confidencialidade, autodeterminação e acessibilidade aos dados), tendo sido dado parecer favorável pela Comissão de Ética da “The Health Sciences Research Unit: Nursing” da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer N°543/12-2018).

### 1.1 Participantes

Participaram no estudo oito médicos selecionados de forma intencional (Polit e Beck, 2019), pela sua experiência reconhecida na área do CF. A disponibilidade e o interesse demonstrado na participação foram requisitos relevantes para a seleção. A inclusão no estudo tinha como requisitos mínimos: uma experiência clínica superior ou igual a 5 anos; integrarem uma equipa interprofissional; e exercerem ou em cuidados hospitalares, ou cuidados de saúde primários, ou cuidados domiciliários ou em instituições de assistência a idosos.

A seleção seguiu o método de amostragem em bola de neve (Vinuto, 2014), em que o primeiro participante foi selecionado no contexto de trabalho dos investigadores.

A cada participante foi atribuído um código, de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Exemplo: #PTD01 - #PT (País do participante – Portugal); D (Profissão – Médico); 01 (Número de ordem).

A média de idades dos participantes foi de 49,8 anos variando entre um mínimo de 35 e um máximo de 62 anos. Cinco eram do género masculino e três do feminino. O tempo de experiência profissional variou entre 7 e 36 anos, com uma média de 23,4 anos. O tempo de prática clínica diretamente relacionado com o CF foi em média 37,3 horas/semana variando entre 14 e 50 horas/semana.

**Tabela 1** - Caracterização dos participantes.

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

## 1.2 Recolha dos dados

A colheita dos dados decorreu entre fevereiro e junho de 2019, nos locais de trabalho dos participantes, e fora do seu horário de trabalho através de entrevistas semiestruturadas.

O guião de entrevista consistiu em quatro questões orientadoras: Que responsabilidades fariam parte do papel ideal do enfermeiro no CF e o que essas responsabilidades implicam? Quais as tarefas específicas os enfermeiros devem desempenhar no CF?; De que forma percebe a colaboração e comunicação entre enfermeiros e outros os profissionais de saúde no CF?; Quais são os pontos fortes e fracos do papel do enfermeiro no CF e quais as oportunidades e ameaças para esse papel?.

O primeiro contacto com cada participante foi realizado telefonicamente, tendo sido prestada informação prévia à entrevista com o envio eletrónico do documento informativo do estudo e aclarado o contexto e objetivos da investigação. Nenhum dos participantes contactados declinou a participação no estudo.

As entrevistas foram orientadas por um guião construído pelos investigadores do grupo DeMoPhaC, e posteriormente adaptado ao contexto social, cultural e dos cuidados de saúde em Portugal por um grupo de sete investigadores portugueses.

De forma a garantir uma colheita de dados de qualidade foram realizadas duas entrevistas-piloto para treino dos investigadores e aferição do guião da entrevista.

Previamente a cada entrevista foi solicitado autorização para a gravação e estabelecida uma conversa social (sem a presença de terceiros), por forma a criar um clima propício a uma maior cumplicidade entre entrevistador e entrevistado. Os participantes falaram livremente e sem constrangimentos de qualquer tipo durante as entrevistas. As entrevistas tiveram duração média de 36 minutos, variando de 23 a 49 minutos.

A transcrição foi sendo concretizada ao longo da realização das entrevistas por forma a extrair os principais conteúdos e aferir formas de aprofundar alguns aspetos. A transcrição completa respeitou na íntegra o conteúdo verbalizado bem como os sinais não-verbais (registados em notas de campo).

O rigor metodológico e da recolha e análise dos dados foram tidos em consideração. Todos os dados, (incluindo as notas de campo) transcritos foram posteriormente validados junto dos participantes e os aspetos que suscitaram dúvidas ou de clarificação foram revistos com a devolução aos participantes do estudo de modo a que houvesse confirmação que as suas perceções e experiências (credibilidade) e obter a congruência sobre a precisão e relevância dos dados, obtida a partir dos orientadores e investigadores (objetividade), bem como pelo fornecimento de dados descritivos suficientes de modo que tenham potencial de aplicação noutros contextos (transferibilidade).

Foi reforçada a liberdade dos participantes para editarem o conteúdo da entrevista se esse fosse o seu desejo.

## 1.3 Análise de conteúdo

A análise dos dados realizou-se através do estilo editorial descrito por Polit e Beck (2019), que se iniciou com a identificação de excertos relevantes das entrevistas (unidades de registo).

Após a leitura e a releitura das transcrições das entrevistas, os excertos relevantes foram codificados de forma independente por dois autores. A compilação das duas análises deu origem a um quadro de codificação (com múltiplos códigos, subcódigos e respetivas unidades de registo). Nesta codificação foram criadas nove categorias (Preparação e Administração; Monitorização; Prescrição; Educação do Utente e/ou Cuidador; Requisitos ou Condições para um papel ativo do enfermeiro no CF; Pontos Fortes; Pontos Fracos; Oportunidades e Ameaças) e trinta e seis subcategorias. No terceiro e último passo da codificação criaram-se categorias nucleares integrativas de que resultaram três temas nucleares: “Conteúdo funcional do enfermeiro no CF”; “Requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF” e “Revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF”.

O tema “Conteúdo funcional do enfermeiro no CF” engloba o que os participantes referem ser as responsabilidades e tarefas do enfermeiro no CF. Nos “Requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF” foram agregadas as categorias que correspondiam aos critérios para a participação ativa do enfermeiro no CF. Na categoria nuclear “Revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF” apresentam-se os dados resultantes da análise feita aos pontos fortes e fracos do enfermeiro no CF, bem como as oportunidades e ameaças para o enfermeiro neste âmbito.

### 3. RESULTADOS

Os participantes enquadraram as funções dos enfermeiros em quatro áreas: preparação e administração; monitorização; prescrição; e educação do utente e/ou cuidador (Tabela 2).

“O enfermeiro faz a preparação da medicação, (...) administração da medicação, (...) avaliação de efeitos secundários, efeitos adversos que possam existir posteriormente” #PTD05.

“O “follow-up” da evolução clínica, (...) uma coisa que fazem no dia-a-dia. São muitas vezes o alarme para a classe médica (...) tem um papel fundamental no ensinamento da automedicação do doente e no acompanhamento do doente” #PTD01.

“O papel de informar a pessoa, tirar-lhe dúvidas sobre a forma da toma dos medicamentos (...) da capacitação, no contexto das consultas de enfermagem” #PTD07.

As referências a atividades relacionadas com a prescrição, não foram unânimes. Admite-se a prescrição pelo enfermeiro se existir formação específica (para os enfermeiros envolvidos), definição de protocolos, limitação a grupos de utentes ou partes do prontuário, com supervisão médica e mudanças políticas e/ou de mentalidades para que tal pudesse ocorrer.

“Na prescrição ativa acho que sim há um papel para isso...deve haver. E é o caminho! (...) Acho que não faz sentido para todos abrir tudo! Mas, com a devida formação e a especialização de cada um, ter para essa sua abrangência de funções, ter ali um manancial terapêutico para poder usar” #PTD06.

“(Prescrição de enfermagem dependente de protocolo?) Sim. Perfeitamente. Se existir um protocolo e uma identificação dos problemas. Por exemplo em caso de febre, protocolo de administração de antipirético, (...) insulina (...) penso que pode fazer sentido” #PTD05.

“Penso que neste momento não há condições para que o enfermeiro tome esse tipo de responsabilidade” #PTD08.

“Há uma parte da prescrição, (...) a gama de fármacos mais comumente utilizados, (...) desde que com uma formação para perceber sobretudo os casos em que não devem ser utilizados #PTD06.

“(...) terapêutica de urgência, como por exemplo para a dor, (...) para a febre, (...) para a traumatologia. Não estou nada em desacordo, desde que sejam percebidos os contextos necessários quer de contra-indicação (...)” #PTD03.

“Acho que os enfermeiros podem ter a decisão de administrar adrenalina ou outras drogas, por exemplo, no suporte avançado de vida” #PTD01.

“Mas lá está, protocolizado (...) tem que haver protocolo #PTD07.

**Tabela 2** - Conteúdo funcional do enfermeiro no CF.

Preparação e Administração	Monitorização	Prescrição	Educação do utente e/ou cuidador
De medicamentos	Segurança da medicação e armazenamento Adesão terapêutica Revisão e reconciliação terapêutica Riscos e eventos adversos “Follow-up” Em consulta de enfermagem	Independente Dependente de protocolo Sob condições/limites Em contexto específico Competência exclusiva de outro profissional	Segurança da medicação e armazenamento Efeitos terapêuticos e/ou adversos Auto-medicação Adesão terapêutica

Os médicos apontaram requisitos ou condições necessárias para o envolvimento do enfermeiro no CF, dependentes do enfermeiro, da equipa interprofissional e do contexto (Tabela 3). Os requisitos relacionados com o enfermeiro diziam respeito a competências diferenciadas no CF e nos registos e documentação;

“(...) haveria formação de base apenas para alguns enfermeiros e estes teriam de estar sempre presentes na enfermaria, em cada turno, para poderem desempenhar essas tarefas terapêuticas” #PTD01.

“Primeiro deve haver um suporte à comunicação. Claro que pode haver a via oral, mas deve existir um suporte escrito. (...) Um registo informático ou em papel. Um registo da comunicação” #PTD05.

Quanto aos requisitos da equipa interdisciplinar estavam relacionados com o trabalho em equipa/em rede, articulação com o médico e farmacêutico.

“Não quer dizer que não possa haver consultas mistas ... lá está, tudo tem a ver com a formação que cada um tem. Acho que é uma mais-valia! (...) já fazemos isso! Eu agendo a consulta de reavaliação para a enfermeira (...)” #PTD04.

“Quando se trata de enfermeiros e médico (...) deve haver um diálogo muito próximo. (...) Essa avaliação clínica não pode ser feita separadamente, deve ser compartilhada. A equipa médica e a equipa de enfermagem têm que compartilhar essa tomada de decisão clínica” #PTD01.

“(...) deve incluir “report”, alerta e discussão entre os profissionais. Isso é fundamental” #PTD02.

“(...) que os próprios farmacêuticos fizessem parte de uma equipa alargada de terapêutica que significava que havia consonância (...) e criávamos aqui uma triangulação, ou melhor dizendo, uma quadrangulação que poderia ser mais virtuosa e ter muito maior eficiência” #PTD03.

Os requisitos de contexto estavam relacionados com mudanças organizacionais, políticas e de mentalidades dos principais atores da sociedade;

“Uma mudança de mentalidade, claro, haveria muito o que mudar em termos de mentalidade. As escolas teriam que mudar. Legalmente teria que haver mudanças na mentalidade dos enfermeiros, das instituições, dos médicos, tudo teria que mudar, poderia levar algum tempo para eles se adaptarem a esse novo sistema” #PTD01.

“(...) Desde que os papéis estejam bem definidos, penso que não existirão dificuldades. Se existem pontos de coincidência, e se fique sem saber quem vai atuar isso sim pode trazer problemas. Logo essa definição é fundamental” #PTD05.

**Tabela 3** - Requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF.

Enfermeiro	Equipa interdisciplinar	Contexto
Competência diferenciada em CF Registos e documentação	Trabalho em equipa/em rede Articulação com o médico Articulação com o farmacêutico	Mudanças organizacionais Mudanças políticas e de mentalidades

Numa análise aos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças sobre o desenvolvimento de um modelo interprofissional para a função do enfermeiro no CF (elencados na Tabela 4).

Os médicos participantes identificaram como pontos fortes: a formação geral do enfermeiro, as “soft skills” e a relação que o enfermeiro estabelece com utente/cuidador;

“Tem uma formação em saúde forte, virada para os ganhos em saúde das pessoas. Em termos de comunicação e assim (...) Esta articulação com o cuidador, com a família, de perceber se podiam ser tomadas mais precauções e mais atitudes (...)” #PTD07

“Estabelecem uma boa relação de confiança entre o enfermeiro e o utente (...) Estabelecendo uma boa relação de confiança com o utente conseguimos boas informações, conseguimos uma boa prestação de cuidados” #PTD08.

Referiram como pontos fracos dos enfermeiros: a formação ou preparação específica em CF, a comunicação interprofissional e os métodos e condições atuais de trabalho;

“Não foi direccionada para isso nem a formação nem depois a prática...até ao momento...talvez daqui a uns anos isso se esbata. De início o maior problema é esse - défice formativo! Foram formatados para um tipo de formação e, agora ... abranger outras capacidades?” #PTD06.

“(Comunicação interprofissional) Primeiro deve-se processar, que às vezes não acontece” #PTD07.

“(...) o sistema que não motiva as pessoas, também tem a ver com a maneira de ver por exemplo de quem organiza essas formações (sobre farmacoterapia), que não vê que faz sentido que eles (enfermeiros) estejam incluídos” #PTD07.

“Falta de algumas condições também, (...) de tempo, de falta de salas de formação” #PTD04.

Os participantes referiram como oportunidades eventuais: a investigação (podendo esta ser exclusiva por enfermeiros ou também ela interprofissional), o trabalho interdisciplinar ou em rede, a participação na decisão clínica, os ganhos para o utente e eventuais ganhos financeiros;

“Investigação multidisciplinar. Existe pouca, mas pode ser uma oportunidade” #PTD07.

“Eu sou um fã de trabalho em equipa. E se a equipa trabalhar bem é sempre bom. Portanto isto é uma oportunidade para os enfermeiros ganharem mais competências e mais responsabilidades...faz com que a equipa ou o resultado do trabalho em equipa seja melhor” #PTD02.

“(...) a criação desse tipo de redes, ... de formas de contacto.” #PTD03.

“(Se existir maior responsabilidade do enfermeiro) Então a reação é mais imediata do que tiver que esperar por um médico. (...) Sem contar que, em certos períodos, (...) o suporte médico diminui e fica menos próximo do doente. Portanto, o doente só tem a ganhar com isso” #PTD01.

“Uma força vista para reduzir os custos terapêuticos. Não só a nível da terapia, mas também ao nível dos custos dos profissionais” #PTD03.

“Com os constrangimentos financeiros que temos hoje em dia, e sendo o médico um membro mais caro da equipa, que pesa mais nas finanças públicas do que o enfermeiro. Além disso, o enfermeiro já tem uma relação direta com o doente e pode aproveitar esse fator para fazer essa prescrição, esse acompanhamento” #PTD01.

Por outro lado, expuseram como potenciais ameaças ao papel do enfermeiro no CF: os conflitos interprofissionais, os riscos e dificuldades associados à prescrição e eventual desmotivação dos enfermeiros para assumirem um papel diferenciado no CF; “Isso não deixará de ser um problema e difícil de definição de fronteiras...Porque cada um vai sempre querer chamar a si a posse ou a propriedade de determinado acto” #PTD02.

“Se alterarmos este cenário, colocamos o enfermeiro num patamar de maior igualdade de decisão com o médico. Isso pode ser um gatilho para o conflito, não pode? (...) Problemas que certamente vão surgir ao assumir o papel de prescriptor...” #PTD01.

“Cada vez temos mais doentes polimedicados, cada vez temos mais efeitos secundários e ... realmente temos de ser muito cuidadosos” #PTD04.

“(...) a motivação dos próprios enfermeiros, que muitas vezes não acham que é assim tão importante actualizarem-se sobre isso (cuidados com medicamentos)” #PTD07.

**Tabela 4** - Revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF.

Pontos fortes	Pontos fracos	Oportunidades	Ameaças
Formação geral e “soft skills” Relação com utente/cuidador	Formação no CF Comunicação interprofissional Metodologia e condições de trabalho atuais	Investigação Trabalho interdisciplinar ou em rede Ganhos para o utente Participação na decisão clínica Desenvolvimento profissional e organizacional Ganhos financeiros	Conflitos interprofissionais Riscos e dificuldades associados à prescrição (Des)motivação para assumir responsabilidades

### 3. DISCUSSÃO

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

O conteúdo funcional do enfermeiro no CF está em linha com o pensamento dos participantes neste estudo. Leufer e Cleary-Holdforth (2013) afirmam que os enfermeiros não devem esquecer a importância que detêm na preparação e administração de medicamentos, pois representa uma das últimas verificações de segurança e a oportunidade final para garantir a validade e a segurança no processo de administração do medicamento ao utente.

Johansson-Pajala et al. (2016) referem o enfermeiro como um vigilante intermediário, funcionando como elo de ligação entre todos os elementos da equipa interprofissional, incluindo o utente. Ele monitoriza e garante de forma contínua a segurança na administração dos medicamentos, vigilância dos seus feitos e a rápida ação em caso de necessidade.

A adesão a um qualquer plano de tratamento depende de várias variáveis entre as quais a vontade do utente/cuidador em gerir eficazmente a sua doença (Virgolesi et al., 2017). Ora isto só se alcança quando a educação do utente e/ou cuidador é realizada pelo elemento da equipa mais próximo, presente e confiante do utente/cuidador.

A prescrição como uma função dos enfermeiros não deixa de ser uma realidade possível no futuro para alguns participantes. Em condições e contextos específicos pode ser um caminho a seguir como forma de obviar e agilizar a eficiência do sistema de saúde em prol de uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde do utente/cuidador. No entanto, importa não esquecer que somos um país relativamente pequeno, com desenvolvimento tecnológico assinalável e ainda não acompanhado por uma sólida formação dos enfermeiros no CF que propicie a conceção de protocolos, definição de grupos de utentes alvo e uma confiança que só será efetiva quando ocorrerem mudanças políticas e ou de mentalidades da sociedade em geral.

Na maioria dos países, a jurisdição sobre a prescrição permanece predominantemente com a profissão médica. Nos países onde o foco se dirige para a eficiência do sistema de saúde registam-se direitos de prescrição mais amplos (Maddox et al., 2016). A falta de médicos, o aumento das doenças crónicas, o trabalho colaborativo interprofissional e o aumento da formação em enfermagem constituem-se outros catalisadores desta mudança.

A extensão de direitos na prescrição varia consideravelmente, existindo apenas três países europeus (Irlanda, Holanda, Reino Unido) que concedem a certos grupos de enfermeiros (“nurse prescribers”, “nurse specialists”, “independent nurse prescribers”) competência de prescrição dentro da sua especialidade. Noutros países, existe restrição no prontuário de medicamentos estando definido o leque de medicamentos autorizados após uma prescrição inicial realizada por um médico. Todos estes países regulamentaram as condições sob as quais os enfermeiros podem prescrever; a maioria exige um registo adicional na prescrição e alguns na forma de supervisão médica para garantir segurança do utente (Maier, 2019).

Espanha tem vindo a caminhar nas últimas duas décadas para a prescrição de medicamentos por enfermeiros. Contudo, apenas em outubro de 2020 surgiu o primeiro protocolo de prescrição clínica de enfermagem no tratamento de feridas. Romero-Collado et al. (2014) assinalaram que a legalização da prescrição aumenta a autonomia profissional e contribui positivamente para o desenvolvimento da profissão.

Os requisitos associados à intervenção do enfermeiro no CF elencados pelos participantes prendem-se com a necessidade de uma competência diferenciada neste cuidado e melhorias no registo e documentação. Este aspecto é salientado por Heczková e Bulava (2018) quando concluem que o conhecimento associado à qualidade da formação representa um dos muitos fatores que pode ter impacto na redução do risco de eventos adversos e na prestação de cuidados seguros e, quando indicam a necessidade de atenção, foco e metodologia na educação em enfermagem no CF.

As melhorias no registo e documentação identificada comprovam o pensamento de Silvestre et al., (2017) quando caracterizaram como fundamental para a melhoria da segurança no CF a documentação de todas as práticas de saúde relacionadas com os medicamentos – diretas ou indirectas. Já a implementação de sistemas de prescrição eletrónica surge como fator potencial para a redução de risco de erros de medicação (Volpe et al., 2016).

Outros requisitos elencados centraram-se na equipa interprofissional, em que a colaboração é entendida como um elemento essencial para a prestação de cuidados seguros e centrados no utente. A contribuição de todos os profissionais de saúde, as relações estabelecidas entre eles e o ambiente no qual o CF é desenvolvido são fatores determinantes para a segurança de medicamentos (Choo, Hutchinson & Bucknall, 2010). A mudança da cultura de segurança das organizações relacionada com o relato de erros e uma comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos conduz a ganhos em segurança e qualidade nos cuidados (Ghahramanian et al., 2017).

Ainda no que toca aos requisitos, os participantes referiram a necessidade de alterações contextuais para a participação ativa do enfermeiro no CF pois, estas evoluções nas competências dos enfermeiros são como uma inovação em saúde disruptiva, com implicações para os enfermeiros e equipas nas quais estão inseridos, sendo influenciadas por políticas e mecanismos regulatórios (Maier, 2019).

Os participantes identificaram a necessidade de definição concreta e clara de papéis para todos os elementos envolvidos. Ora isto é defendido por autores como Celio et al., (2018), quando sugerem que as funções dos profissionais de saúde envolvidos devem estar claramente definidas pelas organizações reguladoras e políticas.

Em paralelo com o normativo, também a educação/formação dos profissionais deve ser tida em consideração, sendo que a formação e o suporte devem ser fornecidos para possibilitarem o desenvolvimento de competência destes profissionais, os prescritores não médicos (Maddox et al., 2016).

A clarificação das funções (responsabilidades e intervenções) do enfermeiro no CF em equipa interprofissional, segundo os participantes, deve assentar na sua robusta formação geral, nomeadamente na sua componente não instrumental (“soft skills”) e na relação estabelecida com os utentes e cuidadores, pontos fortes também salientados no estudo de Ng (2020).

Como pontos fracos os participantes identificam a comunicação interprofissional, as metodologias e condições de trabalho atuais e lacunas na preparação de estudantes e profissionais de enfermagem para este trabalho colaborativo interprofissional, este último ponto já foi identificado em estudos anteriores (Latimer et al., 2017).

Como forma de potenciar o conhecimento em áreas sensíveis e com partilha de responsabilidades como o CF, Wilson et al., (2016) defendem uma educação partilhada, como preparação para o trabalho interprofissional, neste e noutros âmbitos. Também a cooperação interprofissional baseada na comunicação permite a partilha de informações, as decisões aprimoradas e o cuidado otimizado.

As oportunidades para o desenvolvimento de um modelo de CF interprofissional com uma clara definição de funções dos enfermeiros passam, segundo os participantes deste estudo, pela possibilidade de uma maior participação em investigação, trabalho interprofissional em múltiplos contextos de cuidados, ganhos na qualidade dos cuidados para o utente, uma participação na decisão clínica (não só em reuniões, mas também em momentos de definição de protocolos ou formação conjunta), o desenvolvimento profissional e organizacional nesta área em particular e em ganhos financeiros para o sistema de saúde.

Neste âmbito, o modelo de prescrição no Reino Unido tem melhorado a satisfação do utente e conduzido a melhores resultados financeiros no sistema. Existe evidência robusta que o modelo do Reino Unido na prescrição de medicamentos, em que coexistem médicos e profissionais de saúde não médicos, promove retorno financeiro numa situação de exigência crescente sobre os cuidados de saúde e de financiamento restrito (Noblet et al., 2019). As regulamentações da prática que permitem aos enfermeiros prescreverem sem supervisão médica estão associadas a uma melhor adesão à medicação (Muench et al., 2021).

Como ameaças para a participação do enfermeiro no CF são apontados possíveis conflitos interprofissionais (nomeadamente se existir um alargamento de responsabilidades dos enfermeiros no CF), dificuldades associadas à prescrição (com referência à complexidade associada a situações de múltiplas comorbilidades e constante evolução a nível farmacológico) e, uma eventual desmotivação dos enfermeiros para assumirem novas funções.

#### 4. LIMITAÇÕES

Os resultados deste estudo devem ser tidos como ecológicos dentro do contexto específico onde foi desenvolvido e tem como limitações a dimensão da amostra (oito participantes) e a visão de apenas um membro da equipa interprofissional do CF. Importa referir que apesar de ter sido entrevistados 8 médicos constatamos nas últimas entrevistas alguma saturação de dados.



A escolha dos participantes pelo método de bola de neve facilitou a identificação dos potenciais respondentes, mas pode ter resultado numa amostra mais homogénea, daí a eventual saturação de dados.

Por último, a não utilização de programas informáticos para a análise de conteúdo dos dados pode trazer alguma subjetividade na sua interpretação, admissível neste tipo de estudos, mas que pode condicionar a clareza de alguns pontos de vista. Todavia, o tratamento manual dos dados, para 8 entrevistas, torna-se muito mais prático e até fiável para este tipo de estudo.

## CONCLUSÃO

Os médicos entrevistados revelaram que os enfermeiros, no contexto português, devem continuar a ter uma participação ativa no CF interdisciplinar. Consideram os enfermeiros como garante da segurança nos cuidados com medicamentos, plasmado nas responsabilidades e intervenções durante a preparação, administração, monitorização, prescrição e educação, sendo claro o grau de autonomia e relevância destas intervenções. Excetua-se a prescrição, onde existe divergência de opiniões e identificado um amplo espectro de conceções que vão desde a possibilidade de uma prescrição independente com algumas condições até à prescrição exclusiva do médico.

Existem requisitos a serem salvaguardados para que o enfermeiro assuma as funções no CF. Os de cariz individual do enfermeiro, da equipa interdisciplinar e do contexto de intervenção e ou político.

A clarificação das funções (responsabilidades e intervenções) do enfermeiro no CF em equipa interprofissional tem como pontos fortes o papel ativo no CF dos profissionais de enfermagem, a formação geral, as “soft skills” e a relação empática e próxima estabelecida entre enfermeiro e o utente/família. No entanto, identificaram como fraquezas a formação específica dos enfermeiros no CF para poderem assumir uma possível prescrição, a comunicação interprofissional desenvolvida e os métodos e condições atuais de trabalho nas instituições de saúde portuguesas. As oportunidades são muitas e passam pela investigação na área, o trabalho interdisciplinar, os ganhos para o utente, o desenvolvimento profissional e organizacional e eventuais ganhos financeiros para o sistema e sociedade. No entanto, podem ser identificadas ameaças como conflitos interprofissionais pelo aumento das responsabilidades dos enfermeiros, dificuldades associadas à prescrição e a baixa motivação dos enfermeiros para assumirem novas funções.

Esta investigação pode servir como ponto de partida para uma reflexão sobre os currícula no ensino de enfermagem, pela necessidade de potenciar a formação em CF em equipa interprofissional. Esta formação dos enfermeiros deve ser fundamentada em investigações a desenvolver futuramente no que concerne ao alargamento das competências dos enfermeiros no CF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Celio, J., Ninane, F., Bugnon, O., & Schneider, M. P. (2018). Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient Education and Counseling*, 101(7), 1175–1192. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.022>
- Choo, J., Hutchinson, A., & Bucknall, T. (2010). Nurses’ role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 853–861. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01164.x>
- De Baetselier, E., Dilles, T., Batalha, L. M., Dijkstra, N. E., Fernandes, M. I., Filov, I., Friedrichs, J., Grøndahl, V. A., Heczkova, J., Helgesen, A. K., Jordan, S., Keeley, S., Klatt, T., Kolovos, P., Kuliurova, V., Ličen, S., Lillo-Crespo, M., Malara, A., Padysakova, H., ... Van Rompaey, B. (2021). Perspectives of nurses’ role in interprofessional pharmaceutical care across 14 European countries: A qualitative study in pharmacists, physicians and nurses. *PloS One*, 16(5), e0251982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251982>
- De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, L. M., Bergqvist, M., Czarkowska-Paczek, B., De Santis, A., Dijkstra, N. E., Fernandes, M. I., Filov, I., Grøndahl, V. A., Heczkova, J., Helgesen, A. K., Isfort, M., Jordan, S., Karnjus, I., Keeley, S., Kolovos, P., Langer, G., Lillo-Crespo, M., ... Dilles, T. (2020). EUPRON: Nurses’ practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open*, 10(6), e036269. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269>
- Dilles, T., Vander Stichele, R., Van Rompaey, B., Van Bortel, L., & Elseviers, M. (2010). Nurses’ practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1072–1079. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x>
- Ghahramanian, A., Rezaei, T., Abdollahzadeh, F., Sheikhalipour, Z., & Dianat, I. (2017). Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promotion Perspectives*, 7(3), 168–174. <https://doi.org/10.15171/hpp.2017.30>

- Heczková, J., & Bulava, A. (2018). Nurses' knowledge of the medication management at intensive care units. *Pielęgniarstwo XXI Wieku / Nursing in the 21st Century*, 17(1), 18–23. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2018-0003>
- Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533–543.
- Johansson-Pajala, R.-M., Jorsäter Blomgren, K., Bastholm-Rahmner, P., Fastbom, J., & Martin, L. (2016). Nurses in municipal care of the elderly act as pharmacovigilant intermediaries: A qualitative study of medication management. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), 37–45. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1132891>
- Khezrian, M., McNeil, C. J., Murray, A. D., & Myint, P. K. (2020). An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 11, 2042098620933741. <https://doi.org/10.1177/2042098620933741>
- Latimer, S., Hewitt, J., Stanbrough, R., & McAndrew, R. (2017). Reducing medication errors: Teaching strategies that increase nursing students' awareness of medication errors and their prevention. *Nurse Education Today*, 52, 7–9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.004>
- Leufer, T., & Cleary-Holdforth, J. (2013). Let's do no harm: Medication errors in nursing: part 1. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 213–216. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.013>
- Maddox, C., Halsall, D., Hall, J., & Tully, M. P. (2016). Factors influencing nurse and pharmacist willingness to take or not take responsibility for non-medical prescribing. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 12(1), 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.04.001>
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Muench, U., Whaley, C., Coffman, J., & Spetz, J. (2021). Scope-of-Practice for Nurse Practitioners and Adherence to Medications for Chronic Illness in Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, 36(2), 478–486. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05963-3>
- Ng, L. K. (2020). The perceived importance of soft (service) skills in nursing care: A research study. *Nurse Education Today*, 85, 104302. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104302>
- Noblet, T., Marriott, J., Graham-Clarke, E., Shirley, D., & Rushton, A. (2018). Clinical and cost-effectiveness of non-medical prescribing: A systematic review of randomised controlled trials. *PLoS One*, 13(3), e0193286. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193286>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Avaliação de evidências para a prática da enfermagem (9.ª Ed.)* (9ª ed). Artmed. <https://www.lusodidacta.pt/catalogo/504-fundamentos-de-pesquisa-em-enfermagem-avaliacao-de-evidencias-para-a-pratica-da-enfermagem-9-ed>
- Romero-Collado, A., Homs-Romero, E., Zabaleta-del-Olmo, E., & Juvinya-Canal, D. (2014). Nurse prescribing in primary care in Spain: Legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management*, 22(3), 394–404. <https://doi.org/10.1111/jonm.12139>
- Silvestre, C. C., Santos, L. M. C., de Oliveira-Filho, A. D., & de Lyra, D. P. (2017). «What is not written does not exist»: The importance of proper documentation of medication use history. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(5), 985–988. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0519-2>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Tematicas*, 22(44), Art. 44. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
- Virgolesi, M., Pucciarelli, G., Colantoni, A. M., D'Andrea, F., Di Donato, B., Giorgi, F., Landi, L., Salustri, E., Turci, C., & Proietti, M. G. (2017). The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4456–4466. <https://doi.org/10.1111/jocn.13776>
- Volpe, C. R. G., Melo, E. M. M. de, Aguiar, L. B. de, Pinho, D. L. M., & Stival, M. M. (2016). Risk factors for medication errors in the electronic and manual prescription. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24, e2742. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0642.2742>
- Wilson, A. J., Palmer, L., Levett-Jones, T., Gilligan, C., & Outram, S. (2016). Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), 649–654. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1191450>