Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

2ª Edição – Revista, atualizada e ampliada

Sandra Rejane Soares Ferreira
Lisiane Andréia Devinar Périco
Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias



Atheneu

Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

2ª Edição

Nota

Como as novas pesquisas e a experiência ampliam o nosso conhecimento, pode haver necessidade de alteração dos métodos de pesquisa, das práticas profissionais ou do tratamento médico. Tanto profissionais da saúde como pesquisadores devem sempre se basear em sua própria experiência e conhecimento para avaliar e empregar quaisquer informações, métodos, substâncias ou experimentos descritos neste texto. Ao utilizar qualquer informação ou método, devem ser criteriosos com relação à sua própria segurança ou à segurança de outras pessoas, incluindo aquelas sobre as quais tenham responsabilidade profissional. Com relação a qualquer fármaco ou produto farmacêutico especificado, aconselha-se o leitor a cercar-se da mais atual informação fornecida a respeito dos procedimentos descritos, ou pelo fabricante de cada produto a ser administrado, de modo a certificar-se sobre a dose recomendada ou a fórmula, o método e a duração de administração, bem como as contraindicações. É responsabilidade do médico assistente, com base em sua experiência pessoal e no conhecimento de seus pacientes, determinar as posologias e o melhor tratamento para cada paciente individualmente e adotar todas as precauções de segurança apropriadas.

Para todos os efeitos legais, nem a Editora, nem autores, nem editores, nem tradutores, nem revisores ou colaboradores assumem qualquer responsabilidade por qualquer efeito danoso e/ou malefício a pessoas ou propriedades de produtos envolvendo responsabilidade, negligência, entre outros, ou advindos de qualquer uso ou emprego de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias contidos no material aqui publicado.

O Editor



Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

2ª Edição – Revista, atualizada e ampliada

Sandra Rejane Soares Ferreira

Lisiane Andréia Devinar Périco

Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2023

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar –
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

PRODUÇÃO EDITORIAL/CAPA: Paulo Verardo

DIAGRAMAÇÃO: Know-How Desenvolvimento Editorial

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

A885
2. ed.

Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / organizadoras Sandra Rejane Soares Ferreira, Lisiane Andréia Devinar Périco, Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias. - 2. ed., rev., atual. e ampl. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2024.
recurso digital

Formato: ebook
Modo de acesso: world wide web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5586-776-3 (recurso eletrônico)

1. Saúde pública - Brasil. 2. Enfermagem em saúde pública - Brasil. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Livros eletrônicos. I. Ferreira, Sandra Rejane Soares. II. Périco, Lisiane Andréia Devinar. III. Dias, Vilma Regina Freitas Gonçalves.

23-86321

CDD: 610.730981
CDU: 616-083(81)

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

19/09/2023 25/09/2023

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G.

Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde – 2ª Edição

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2023.

PARTE 1

Princípios para o Trabalho do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

1

Diretrizes[a] para o Trabalho dos Enfermeiros[b] na Atenção Primária à Saúde

Sandra Rejane Soares Ferreira
Lisiane Andréia Devinar Périco
Vilma Regina Freitas Gonçalves Dias

O que há neste capítulo?

Neste capítulo são abordados alguns conteúdos considerados essenciais para a prática dos enfermeiros que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), entre eles os princípios e atributos da APS, a política de atenção básica no Brasil, os modelos de atenção à saúde, as redes de atenção à saúde, as linhas de cuidado e a organização de protocolos assistenciais para o atendimento das necessidades em saúde da população. O objetivo é contribuir para o pensamento crítico sobre o contexto do trabalho dos enfermeiros que atuam na APS. Esses conteúdos servem de base para a prática dos enfermeiros e a efetividade do processo de trabalho em equipe para o cuidado da saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Introdução

A enfermagem engloba os cuidados, autônomos e em colaboração, que são prestados às pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, sadios ou doentes, em todos os contextos, e inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado das pessoas doentes, visando sua recuperação. As funções essenciais de enfermagem no cuidado em saúde são a defesa e a promoção de um ambiente seguro de cuidado, a pesquisa, a participação na política de saúde e na gestão das pessoas e dos sistemas de saúde e de ensino.[1]

---

[a] **Diretrizes:** são orientações ou linhas que definem ou determinam um traçado ou um caminho a seguir; guias, linhas gerais de um plano ou projeto; maneira de se proceder ou se portar. São instruções ou indicações para se estabelecer a direção e o modo pelo qual vamos conduzir nosso processo de trabalho.

[b] **Enfermeiro:** o uso do substantivo "enfermeiro", no masculino, apenas segue a norma da língua portuguesa; não estamos desconsiderando o fato de esta ser uma profissão majoritariamente feminina.

No Brasil, o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem sido de extrema relevância para a construção da integralidade da atenção à saúde das pessoas, famílias e comunidades, bem como para a elevação do nível de saúde delas.

De acordo com Almeida e Rocha, a enfermagem é uma prática profissional socialmente relevante, historicamente determinada, e faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político social do setor da saúde.[2] Portanto, a prática da enfermagem nas Unidades de Saúde(US) vem se constituindo como um instrumento de mudanças na APS do País e busca contribuir para a construção de um novo modelo assistencial que não está centrado na clínica e na cura, mas, sobretudo, na pessoa, na integralidade do cuidado, na intervenção frente a fatores de risco,na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria n. 2.436/2017,[3] aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que considera equivalentes os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde", utilizados no Brasil, quando houver implantação, nas Unidades de Saúde Tradicionais (UST), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou novas Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos fundamentos e diretrizes previstos internacionalmente na definição da APS. Neste livro, optou-se por utilizar em todos os capítulos a terminologia APS.

No Brasil, o trabalho dos enfermeiros na APS tem trazido ampla contribuição na construção de uma nova identidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e, aos poucos, na Saúde Suplementar (ver Capítulo 13 – A Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar e o Enfermeiro), pois vem se diversificando em atividades assistenciais, de gestão, de ensino e de pesquisa. Os enfermeiros estão presentes praticamente em todos os momentos assistenciais no contato entre a população e os serviços de saúde (acolhimento, Consulta de Enfermagem (CE), imunizações, educação em saúde, ações no território, vigilância em saúde, entre outros). Na gestão de serviços, atuam na liderança das equipes de saúde ou como gestores municipais, estaduais, entre outros, e com forte compromisso na concretização dos princípios do SUS. A partir das especificidades da própria profissão, a maioria dos enfermeiros apresenta como perfil o olhar macro para os processos de trabalho, com destaque para a humanização da atenção e para o trabalho multidisciplinar. No ensino, o processo de trabalho deles envolve atividades acadêmicas de graduação e de pós-graduação, atuação na formação de novos profissionais de enfermagem e participação na formação de outros profissionais da área da saúde. Também implementam ações de educação em saúde, com vistas ao empoderamento das pessoas/comunidades para a elevação do nível de saúde e da qualidade de vida da população. No campo da pesquisa, inserem-se objetivando responder a problemas oriundos do cotidiano profissional ou relativos à construção/aplicação de teorias que conformam uma profissão cada vez mais orientada a dar respostas aos problemas identificados na realidade de saúde observada.[4]

Princípios[c] e Atributos da Atenção Primária à Saúde

A Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, definiu cuidados de saúde primários como:

[c] **Princípio:** Começo, origem, fonte. Regras fundamentais admitidas como base de uma ciência, de uma arte. São os valores mais caros e inarredáveis de determinada pessoa ou de determinada proposta.

> "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o País possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação.[5] Fazem parte do sistema de saúde do País e representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde".[5]

Segundo Starfield,[6] a APS é o nível de atenção que oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar por terceiros. A APS também compartilha características com outros níveis do sistema de saúde:

> "responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como tratamento e reabilitação; trabalho em equipe. A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tantos básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhoria da saúde".[6]

Para Starfield,[6] os quatro atributos essenciais da APS são caracterizados como:

- **Acessibilidade e primeiro contato:** referem-se à capacidade do serviço (característica estrutural ou de capacidade da atenção) de se organizar de modo a facilitar o acesso das pessoas para o atendimento das suas necessidades em saúde e de ser referência para as pessoas em suas diversas necessidades de atenção à saúde (utilização desses serviços quando surge uma necessidade).[6]
- **Longitudinalidade:** existência de uma fonte contínua de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.[6]
- **Integralidade:** exige que o serviço da APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde das pessoas sob sua responsabilidade e disponibilize os recursos para abordá-las. Embora algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, as ações da equipe incluem os encaminhamentos para serviços especializados, hospitais, entre outros.[6]
- **Coordenação da atenção:** pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio dos prontuários dos usuários, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global recebido pela pessoa. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todos os cuidados que a pessoa recebe por meio da coordenação entre os serviços. Coordenar a atenção exige da equipe de saúde articulação com os demais níveis de atenção (vertical) e entre os diferentes profissionais dos serviços do mesmo nível de atenção (horizontal).[6]

Destacam-se, também, os atributos derivados da APS, os quais são importantes para a efetividade do processo de trabalho da equipe de saúde e a qualificação das ações desenvolvidas, pois aumentam o poder de interação com usuários e comunidades. São eles:[7]

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):** a equipe deve considerar, na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.[7]
- **Orientação comunitária:** é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; envolve sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.[7]
- **Competência cultural:** é a adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com ela.[7]

Os serviços de APS, por se localizarem perto de onde as pessoas vivem, propõem-se a construir um vínculo com os indivíduos, famílias e comunidade para prestar atenção de acordo com suas necessidades. O vínculo é considerado uma dimensão fundamental da APS e pressupõe:

a) identificação/reconhecimento da US como fonte regular de cuidados pela população para a maioria das suas necessidades de saúde (acesso – porta de entrada);
b) relação interpessoal entre profissionais da equipe e usuários do serviço;
c) continuidade da atenção, isto é, que os usuários/comunidade façam uso do serviço ao longo de suas vidas (longitudinalidade).[8]

A relação longitudinal de indivíduos/família e comunidade com aqueles que cuidam deles transcende a atenção aos episódios de doença e inclui responsabilidade pela prevenção e coordenação do cuidado. O tempo permite aos profissionais conhecer os usuários do serviço e vice-versa, o que promove uma relação humanizada, atenção mais integral e fortalecimento do vínculo.[8-10]

A definição de vínculo nos reporta a algo que liga as pessoas, indica interdependência; compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa. A formação de vínculo envolve confiança e responsabilidade de ambas as partes. A vinculação da população com a US requer o estabelecimento de laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.[9,10]

O vínculo longitudinal, considerado característica central da APS, está relacionado a resultados positivos na qualidade dos serviços de saúde, como diminuição de internações por condições sensíveis de tratamento em serviços de APS, melhor aceitação de cuidados educativos e preventivos, menores custos e maior satisfação do usuário. Esses resultados justificam que muitos gestores, profissionais e população queriam alcançar essa dimensão na organização da APS, a partir da reorientação do modelo assistencial brasileiro vigente.[8,9]

É importante que a US crie dispositivos organizacionais que facilitem o seguimento horizontal, a definição clara de papéis e a responsabilidade clínica, porque esses dispositivos poderão facilitar o acesso e, por meio deste, efetivar o vínculo com a população.[9] Para o fortalecimento do vínculo, é importante ouvir dos membros da comunidade o que eles esperam do serviço de saúde e da equipe; isso requer, em primeiro plano, a disponibilidade para a adequação do serviço em acordo com as necessidades da população local. É importante identificar se eles conhecem os diferentes profissionais que atuam na US e qual o papel de cada um, se estão satisfeitos com a atenção prestada e com a forma de acesso.[8,9]

Sistemas de Atenção à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são definidos como o conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população; portanto, são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo e lugar.[11]

De acordo com Mendes,[11] os sistemas de atenção à saúde apresentam os seguintes objetivos:

a) alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de maneira equitativa;
b) garantia de uma proteção adequada contra os riscos para todos os cidadãos;
c) acolhimento humanizado de todos os cidadãos;
d) garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade;
e) garantia da prestação de serviços com eficiência.

Os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados de atenção à saúde. Historicamente, foram as condições agudas que induziram a conformação dos sistemas de saúde. O modelo de atenção direcionado a atender condições agudas é episódico, voltado para atenuar os sintomas e promover a cura.[11] Em geral, os sistemas de saúde se mantêm organizados de modo a atender às condições agudas, mesmo com o avanço no controle delas e com o incremento das doenças crônicas não transmissíveis. O SUS não se diferencia nesse aspecto organizativo da tipologia internacional, pois as condições agudas, embora menos frequentes, ainda prevalecem como orientadoras do modelo de atenção à saúde brasileiro.[11]

Modelos de Atenção à Saúde

Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas.[12] Portanto, são as formas como se organizam, em determinados espaços-população, os serviços de saúde, incluindo unidades prestadoras de serviços de diversas complexidades tecnológicas e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas.[12,13]

No cenário da Saúde Pública brasileira, coexistem dois modelos de atenção à saúde. O mais antigo e hegemônico até o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, está fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico, voltado para problemas agudos e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. O mais recente, e que necessita ser consolidado para ganhar mais espaço no cenário nacional, se propõe a promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua (com base nas características epidemiológicas), integral (cuidado em equipe), de qualidade, responsável e humanizada. Também será necessário incrementar o seu desempenho em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.[13] O primeiro modelo tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros. O segundo apresenta uma proposta que vem sendo discutida, não só pelo Brasil, como capaz de atuar na recomposição da coerência entre a situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde, por sua potencialidade de romper com o modelo voltado apenas

para as condições agudas, tornando-se o eixo norteador da organização da atenção à saúde, em todos os seus níveis.[13] Esse modelo advoga que, para inovar o processo de organização do sistema de saúde, é necessário redirecionar suas ações e serviços para o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais seriam capazes de produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.[12,13]

Redes de Atenção à Saúde

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.[11,13]

Os pontos de atenção à saúde são os nós da rede da saúde e se configuram como um local onde se presta um serviço de saúde singular, segundo uma função de produção específica. Exemplos de pontos de atenção à saúde: o domicílio, a unidade de APS, a unidade ambulatorial especializada, a unidade ambulatorial de pronto atendimento, o hospital/dia, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), entre outros. O hospital contém, dentro de si, vários pontos de atenção à saúde: o centro cirúrgico, a unidade de cirurgia ambulatorial, a unidade de urgência, o centro de terapia intensiva, entre outros.[11] As RAS devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde.[11]

Essas redes são estruturadas por meio de uma organização horizontal de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população.[11]

Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde.[11]

As RAS constituem-se de **três elementos fundamentais**: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.[11]

A **população** de responsabilidade das redes vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários.[11]

A **estrutura operacional** das RAS consolida-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o *centro de comunicação*, localizado na APS; os *sistemas de apoio* (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os *sistemas logísticos* (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, central de regulação e sistema de transporte sanitário); e o *sistema de governança*.[11]

O **modelo de atenção à saúde** funciona como um sistema lógico que organiza a RAS, articulando, de modo singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, que foram definidos em função da visão do processo de saúde/adoecimento, da situação demográfica-epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.[11,13]

As redes são modelos de atenção à saúde que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença. Provêm intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de cuidado, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado.[11]

Um serviço de APS organizado na perspectiva das RAS deverá ser capaz de cumprir três funções estratégicas para a coordenação e a ordenação do sistema de atenção à saúde:

a) função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde;
b) função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes;
c) função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita à US.

Só será possível organizar o SUS em RAS se a APS estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas três funções.[14]

Implantar RAS, no contexto brasileiro, significa inovar na busca de um modelo de atenção à saúde que considere tanto os problemas agudos quanto os crônicos; com ação equilibrada na promoção da saúde, na prevenção das doenças e na cura, cuidado e reabilitação dos portadores de doenças ou agravos; com base em evidências científicas; integrando os recursos da comunidade; estabelecendo padrões de qualidade e incentivos à saúde; e melhorando a capacitação dos trabalhadores em saúde.[11] A tomada de decisão deve ter como objetivo o alcance de resultados e a melhoria da saúde da população; entre essas decisões, estão as que são tomadas no cotidiano pelos enfermeiros.

Linhas de Cuidado

As Linhas de Cuidado (LC) são modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna das pessoas pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também uma visão global das condições de vida.[15] Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.[15]

A LC é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Difere porque não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e aos serviços que necessita percorrer, no cuidado de sua saúde.[15]

As LC são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular das pessoas, pelas possibilidades de diagnóstico e de terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visam à coordenação ao longo do contínuo

assistencial, por meio da pactuação/contratualização e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.[15]

A implantação de LC deve se dar a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade de realizar a coordenação do cuidado e o ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a sua efetivação, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das US; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Esses aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.[15]

Passos para a Modelagem da Linha de Cuidado:[15]

- Partir da situação que exige revisão dos processos pela US, problematizando como se dá a realização do cuidado das pessoas com determinada condição de saúde. Buscar informações censitárias e epidemiológicas sobre essa população para quantificar o tamanho da população que apresenta essa condição de saúde. Iniciar o desenho da trajetória desses usuários no sistema de saúde, na busca de atenção à sua condição de saúde.
- Identificar os pontos de atenção no município/distrito e suas respectivas competências. É importante descrever o que é de responsabilidade de cada ponto de atenção (primário, secundário ou terciário) e a capacidade que esses serviços têm para atender à demanda.
- Identificar o sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário).
- Identificar o sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação).
- Identificar o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI), Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Bipartite (CIB) etc.).
- Formular a linha de cuidado. É importante compor grupos de trabalho com representação dos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário), bem como dos sistemas logísticos e de apoio, para desenhar como deverá ocorrer a trajetória do usuário no sistema e como os pontos de atenção ou sistemas logísticos e de apoio estão interconectados.
- Apresentar e discutir a proposta de LC para a população-alvo por meio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde se for uma proposta do Setor Público de Saúde.
- Implementar a LC por meio da sensibilização e da capacitação de todos os pontos de atenção e da população-alvo.

De acordo com Mendes, experiências têm demonstrado que a organização da RAS e o estabelecimento de LC, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresentam como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em sua organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.) quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.[14,15]

Política Nacional de Atenção Básica e o Enfermeiro

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País.[16]

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira.[17] Além de oferecer atenção ambulatorial, exames, assistência farmacêutica, atendimento de urgência e emergência e internações, o sistema também promove ações de prevenção, promoção, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária (fiscalização de alimentos e registro de medicamentos) e saúde do trabalhador, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.[16]

O SUS baseia-se em três princípios doutrinários que lhe conferem legitimidade: a universalidade, a integralidade e a equidade. A **universalidade** está ligada à garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, sem acepção ou discriminação, de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. O significado desse princípio é extremamente relevante para a consolidação da democracia, pois toda a população pode contar com seus serviços. Outro princípio fundamental é o da **integralidade**. Esse conceito parte da ideia de que existem várias dimensões que compõem a saúde dos indivíduos e das coletividades e que a atenção à saúde necessita atuar de maneira integrada. Assim, o SUS procura empreender ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Do mesmo modo, a **equidade** "como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade". Assim, esse princípio vem ao encontro da questão do acesso aos serviços, muitas vezes prejudicado por conta da desigualdade social entre os indivíduos. Por essa razão, fala-se em prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.[17]

Além dos princípios, do ponto de vista do funcionamento do SUS, devem-se considerar suas diretrizes organizativas, as quais buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, entre as quais estão: a descentralização com comando único, a regionalização e a hierarquização dos serviços e a participação comunitária.[17]

No Brasil, a atenção básica em saúde é o primeiro nível de atenção (APS) e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.[3] Essas ações constituem fases da assistência à saúde e são desenvolvidas com enfoque multiprofissional, por meio de atribuições privativas ou compartilhadas entre os integrantes da equipe de saúde, com o objetivo de prover atenção integral em saúde.[3,15] As equipes utilizam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e as unidades são o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.[3]

A Portaria GM/MS n. 2.436/2017[3] estabelece no SUS atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da APS, entre elas a atuação no processo de territorialização e mapeamento da área, cadastramento dos indivíduos e famílias, vigilância e educação em saúde da população, participação no planejamento das ações de saúde, entre outras definidas pelos estados e/ou municípios de acordo com seu perfil demográfico e epidemiológico.[3]

As atribuições específicas do enfermeiro abrangem ações dirigidas a indivíduos, famílias e comunidades, com a finalidade de garantir o cuidado integral da saúde na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital (as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade). As ações de enfermagem incluem

a CE, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicamentos, conforme protocolos estabelecidos pelos gestores de saúde e a pactuação do plano de cuidados de enfermagem, integrado com o da equipe; bem como o planejamento, o gerenciamento, a coordenação e a avaliação das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e da supervisão do trabalho da equipe de enfermagem, privativamente. Além disso, o enfermeiro tem a previsão legal de participação efetiva na educação permanente da equipe de saúde e no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das US.[3]

A PNAB/2017 define como atribuições dos enfermeiros:[3]

I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida.
II. Realizar CE, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão.
III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos.
IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que apresentam condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.
V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local.
VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e agentes de combate às endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe.
VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.
VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS.
IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

A proposta do MS para a atuação dos enfermeiros na APS representa uma mudança no paradigma da atenção e do cuidado em saúde no SUS. Esse conjunto de atribuições são condições essenciais à universalização do acesso à saúde, pois contribuem para a efetividade da atenção à saúde prestada para a população. Dentre as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na APS, a CE é considerada uma das mais relevantes.

Organização de Protocolos de Enfermagem para a Atenção às Necessidades em Saúde da População na Atenção Primária à Saúde

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Têm como foco a padronização de ações ou procedimentos que devem ser realizados por uma categoria profissional ou por uma equipe de saúde com vistas a resolver ou prevenir uma situação específica de saúde.[18] Em sua maioria, protocolos para tratamentos

baseiam-se em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos. Há também protocolos para atividades preventivas e de diagnósticos, fundamentados em evidências científicas e que contribuem para a qualidade assistencial.

Os protocolos são instrumentos "direcionadores" da atenção à saúde (diretrizes), voltados para a clínica e/ou ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinadas necessidades/problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes, efetivas e eficazes, respaldadas nas evidências científicas.[18]

Podem ser chamados de: protocolos assistenciais, protocolos de atenção à saúde, protocolos de cuidados em saúde, protocolos para acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, *guidelines*, entre outras denominações. Em um primeiro momento, essa diversidade de nomes pode causar alguma dificuldade. No entanto, guiados por diretrizes diferenciadas, acabam por ser agrupados, quanto à natureza, como: protocolos clínicos e protocolos de organização dos serviços.[18]

Há, ainda, os protocolos de organização dos serviços, que são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os diferentes níveis de atenção à saúde (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais.[18]

O emprego de protocolos (clínicos e de organização dos serviços) é uma necessidade e constitui-se num importante caminho na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde na APS. Requer esforço conjunto de gestores e profissionais para que seja, de fato, adequado às necessidades em saúde da população, equipe e serviço. Na rede de serviços do SUS, os protocolos se constituem em instrumentos importantes na formulação e na implantação de rotinas.

A utilização de protocolos passou a fazer parte do trabalho cotidiano da maioria dos municípios brasileiros. Muitos deles passaram a elaborar seus próprios protocolos, diante das necessidades de saúde que lhes eram peculiares. Entretanto, um número considerável de municípios adotam protocolos produzidos e preconizados pelo MS ou pelas Secretarias Estaduais de Saúde.[18]

Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, quando desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação.[18]

Os protocolos são instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados ou diante da necessidade de se organizar melhor as ações. E os serviços devem seguir as diretrizes (em geral são as diretrizes do SUS) que melhor se adequem às necessidades identificadas nos territórios sob sua responsabilidade. Portanto, são diretrizes políticas. Então, os protocolos são instrumentos que não são neutros: ao seguirem as diretrizes, eles seguem as políticas de saúde que as ditam.[18]

Outra questão importante na elaboração de um protocolo em uma instituição/serviço é a atenção às especificidades dos profissionais e às interfaces entre os diferentes profissionais que compõem a equipe. Esse é um aspecto importante no processo de trabalho na área da

saúde, pois, para atuar com integralidade, é necessário haver uma equipe multiprofissional e a descrição clara das atribuições de cada um dos profissionais e de todos. Se o protocolo for para a equipe de saúde, deve-se abordar as questões de núcleo e campo do conhecimento. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional (núcleo da enfermagem, núcleo da odontologia, núcleo da medicina); e o campo, um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina e profissão busca em outras apoio para cumprir suas atividades teóricas e práticas.[19]

Considerando-se as premissas supracitadas, recomenda-se que os enfermeiros atuem na elaboração ou na adoção de protocolos, bem como que realizem com sua equipe de trabalho algumas reflexões prévias ao processo, entre elas:[18]

a) Quais são as necessidades (sentidas e não sentidas) em saúde da população?
b) Quais são os problemas ou necessidades em saúde prioritários?
c) Qual é o objetivo da adoção de determinado protocolo?
d) A tecnologia que ele incorpora permite o enfrentamento do problema de maneira adequada?
e) É possível sua aplicabilidade na realidade local?
f) Quais as competências técnicas e/ou outras que os profissionais necessitam ter para aplicar as recomendações do protocolo no seu dia a dia?
g) De que recursos (físicos, humanos e materiais) as US precisam para colocar em prática as recomendações desse protocolo?
h) Como o protocolo será avaliado: processos e resultados?

Na organização e implementação dos protocolos nos serviços de saúde, é importante que, além de capacitação para o uso de protocolos, os profissionais sejam preparados para enfrentar situações imprevistas sem perder de vista os objetivos de um trabalho integrado e factível de ser avaliado.[18]

Um protocolo deve ser dinâmico, flexível e atualizado periodicamente (a cada 2 anos); deve ser pactuado entre a gestão e os diversos profissionais e colaboradores do nível local, bem como dos demais pontos de atenção da RAS. É importante que, no processo de elaboração, tomem-se como referência os princípios e diretrizes do SUS, diretrizes das Secretarias de Saúde do Estado e do Município, as normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos do MS. É fundamental, ainda, que sejam aplicáveis às realidades locais para que produzam impactos positivos de acordo com os seus objetivos.

Os protocolos costumam utilizar figuras gráficas para resumir a proposta e mostrar o passo a passo dos procedimentos recomendados. As figuras mais utilizadas são os algoritmos e os fluxogramas. Um algoritmo é uma sequência finita e não ambígua de instruções para solucionar um problema; e os fluxogramas são representações gráficas de um procedimento, problema ou sistema, cujas etapas ou módulos são ilustrados de maneira encadeada por meio de símbolos geométricos interconectados. Nesta publicação, nos capítulos relacionados à atuação do enfermeiro nas necessidades em saúde da população, construímos alguns algoritmos para nortear a realização das CE.

A construção de protocolos de enfermagem para atender às necessidades em saúde da população poderá ajudar na organização do cuidado em saúde na APS, contribuindo para a ampliação do acesso da população a esses serviços e para a concretização do princípio da integralidade da atenção à saúde, além de qualificar a atenção dispensada à população do território.

- **Como garantir respaldo legal dos protocolos para a atuação dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde?**

Para os enfermeiros utilizarem um protocolo na CE, de modo a garantirem respaldo legal, existem três possibilidades de organização:

1) A instituição ou a gestão municipal (serviços vinculados ao SUS) avalia a aplicabilidade dos protocolos do MS (cadernos de atenção básica, entre outros) à realidade local e faz adesão total ou parcial a esse documento por meio de uma portaria ou carta de adesão (em que é necessário descrever as atribuições dos profissionais, em especial as do enfermeiro, incluindo questões que costumam gerar mais polêmica, como a solicitação de exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos, se for recomendado que os enfermeiros realizem essas atividades e se eles apresentarem domínio técnico para isso). Somente com essa carta de adesão os enfermeiros têm respaldo legal para prescrever medicamentos levando em consideração os cadernos de atenção básica e os programas do MS.
2) A instituição ou gestão municipal (serviços vinculados ao SUS) organiza um grupo de trabalho para construir um protocolo para prestar atenção a um problema ou uma necessidade em saúde da população, contemplando as atribuições do conjunto de profissionais da equipe de saúde (enfoque no trabalho em equipe e na relação com os demais pontos de atenção). No documento, deverão ser descritas, além de todas as atividades que o município oferece, as atribuições de todos os profissionais, de maneira clara, em especial as dos enfermeiros na CE, na solicitação de exames e nas situações em que houver recomendação de prescrição de medicamentos. Essa opção pode ser interessante porque promove a integralidade da atenção à saúde e a gestão pode pensar na formulação de uma linha de cuidado para cada problema de saúde, incluindo todas as categorias profissionais.
3) Os enfermeiros se reúnem e propõem para a instituição ou gestão municipal (serviços vinculados ao SUS) a construção de um protocolo específico para a assistência de enfermagem para as principais necessidades em saúde da população (imunizações, pré-natal, diabetes *mellitus*, cuidado de feridas ou acolhimento da população, entre outras) ou protocolos para atenção aos ciclos de vida. Os itens básicos que o documento deverá conter, além dos conteúdos teórico-práticos revisados na literatura sobre o tema, são as atribuições dos enfermeiros na CE e no atendimento domiciliar. Na descrição da consulta (na unidade ou domicílio), é importante incluir a lista dos exames recomendados para o adequado acompanhamento das necessidades em saúde, bem como as situações em que os medicamentos poderão ser prescritos. Importante conter o grau de recomendação (das evidências científicas) para cada indicação contida no protocolo. A prescrição de medicamentos pode ser parte da assistência de enfermagem, mas não é o foco principal do trabalho dos enfermeiros. A seguir, abordaremos mais sobre essa questão.

Após a escolha do formato do protocolo que será utilizado e sua adoção ou construção, é necessário obter sua aprovação formal pela instituição ou gestão municipal e, nos serviços vinculados ao SUS, recomenda-se a apresentação ao Conselho Municipal de Saúde para o esclarecimento da população sobre o trabalho executado pelos enfermeiros e demais profissionais. Recomenda-se, ainda, que os enfermeiros registrem o protocolo no seu Conselho Regional.

Os Conselhos Regionais de Enfermagem recomendam aos enfermeiros que somente desenvolvam as condutas previstas nesses protocolos mediante o efetivo registro em prontuário do Processo de Enfermagem, conforme determinado em lei.

Protocolos e Prescrição de Medicamentos pelos Enfermeiros

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), os enfermeiros vêm desenvolvendo seu papel de maneira inovadora e a prescrição de medicamentos pode ser vista como uma dessas inovações da profissão, que está sendo implementada desde o início da década de 1990 em muitos países. A prescrição de medicamentos faz parte de um rol de atividades do enfermeiro denominado, em alguns países, como "Práticas Avançadas em Enfermagem" (PAE).[20]

A prescrição legal de medicamentos por enfermeiros vem sendo utilizada em vários países e contextos, conforme levantamento realizado pelo CIE. Entre esses países, foram identificados Suécia, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Reino Unido e Nova Zelândia como os primeiros a implantarem essa experiência, seguidos por África do Sul, Finlândia, Irlanda, Noruega, Holanda, Botsuana e Quênia.[21,22] A extensão dos direitos de prescrição aos enfermeiros foi introduzida em razão de uma variedade de fatores inter-relacionados, incluindo circunstâncias econômicas, número decrescente de prestadores de serviços médicos, necessidades de cuidados de saúde de populações carentes, indisponibilidade de serviços de saúde adequados em áreas rurais e mais distantes e crescente especialização entre as profissões; foi identificado também que a prescrição realizada por enfermeiros contribui para melhoria da qualidade e continuidade de um cuidado eficiente e eficaz dos pacientes.[22]

Os primeiros países que implantaram a prescrição de medicamentos por enfermeiros tinham em comum uma forte liderança e uma organização de enfermagem em nível nacional bem articulada e com experientes e ativos lobistas, que obtiveram a aprovação de leis que favoreceram seus projetos e propostas, além de um sistema educacional na enfermagem que ofereceu capacitação, confiança e competência para assumir o direito de prescrever. Em todos esses países, os sistemas de saúde e de enfermagem em APS estavam bem estabelecidos, com práticas e funções avançadas bem definidas para os enfermeiros. Nesse contexto, a prescrição de medicamentos por enfermeiros constitui-se em uma atraente opção para promover a assistência à saúde com os recursos existentes.[23]

O CIE tem se manifestado acerca dessa matéria de modo criterioso e prudente, dado seu impacto em nível mundial, e publicou documento sobre o tema, no qual busca estabelecer uma rede de comunicação para que profissionais que já vinham se dedicando a atividades de práticas avançadas pudessem discutir situações e problemas comuns.[20]

O CIE também recomenda que, para o enfermeiro exercer PAE, incluindo a prescrição de medicamentos, ele deve receber uma formação específica como, por exemplo, uma pós-graduação ou especialização na área de atuação ou o grau de mestre em Enfermagem/mestrado profissionalizante. Ainda, descreve o enfermeiro prescritor de medicamentos como um profissional com conhecimento especializado e habilidade para decisões complexas, além de

competência clínica para a prática de atividades expandidas (diagnósticas), cujas características e habilidades necessárias estariam estruturadas dentro de um rol de atividades no contexto institucional em que atua.[20]

Uma diversidade de forças externas e internas resultou na introdução da prescrição de medicamentos no processo de trabalho dos enfermeiros, em nível internacional. As condições jurídicas, educacionais e organizacionais em que os enfermeiros prescrevem medicamentos variam consideravelmente entre os países. Esse tema divide opiniões, especialmente das associações de enfermeiros, associações médicas e órgãos governamentais. Na Europa ocidental e em países anglo-saxões, essa questão tem sido concebida como importante para a organização do modelo de atenção à saúde, o que levou a se obter a jurisdição necessária e adequada para a realização de prescrição de medicamentos por enfermeiros capacitados. No Reino Unido, os enfermeiros prescritores compartilham a jurisdição sobre prescrição de medicamentos com a profissão médica, mas na maioria dos países os enfermeiros prescrevem em uma posição subordinada e a jurisdição sobre essa atividade continua a ser predominantemente da profissão médica.[24]

Uma revisão sistemática[22] identificou e mapeou estudos quantitativos explorando os efeitos da prescrição de enfermagem e os resultados para os usuários; os resultados sugerem que os enfermeiros prescrevem para uma ampla gama de pessoas de modo comparável ao dos médicos, tanto no número de usuários quanto nos tipos e doses dos medicamentos e nos resultados clínicos. Os usuários ficaram geralmente mais ou igualmente satisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros em comparação com os cuidados tradicionais prestados pelos médicos. Também parece haver poucas diferenças entre enfermeiros e médicos nos resultados de saúde das pessoas: os parâmetros clínicos foram os mesmos ou melhores para o tratamento por enfermeiros, a qualidade percebida do atendimento foi semelhante ou melhor e os usuários tratados por enfermeiros ficaram tão satisfeitos ou mais satisfeitos.[22] Não foram identificadas diferenças no trabalho dos enfermeiros e médicos quanto aos encaminhamentos para a atenção secundária, entretanto as pessoas atendidas por enfermeiros parecem fazer mais consultas de retorno do que os atendidos por médicos. Com base nesses resultados, identifica-se que a prescrição de enfermeiros é de qualidade semelhante à prescrição de médicos, e as preocupações sobre se os enfermeiros têm competência para prescrever parecem ser infundadas.[22]

Apesar da variedade de práticas de prescrição de enfermagem relatadas na literatura internacional,[21] quatro modelos gerais de enfermeiros prescritores são geralmente descritos na literatura. O uso desses modelos de prescrição tem sido útil na estruturação da base legal para cada país, na organização de melhores condições organizacionais dos serviços/instituições de saúde e na organização do sistema educacional para qualificação dos enfermeiros.[24]

▪ Modelos de prescrição de medicamentos por enfermeiros, adotados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros

O CIE, de acordo com a literatura internacional, adota quatro modelos de prescrição de medicamentos pelos enfermeiros: a) o independente, autônomo ou substitutivo; b) o dependente, colaborador, semiautônomo, complementar ou suplementar; c) o que utiliza protocolos; e d) o que pode alterar o horário e a dosagem da prescrição.[20] Vamos ver como se dá a prescrição dos medicamentos em cada um desses modelos:

a) **Prescritor independente/autônomo/substitutivo:** é responsável pela avaliação clínica do paciente, pelo estabelecimento do diagnóstico, a partir de um conjunto de possibilidades sugeridas pelos sinais e sintomas e pela tomada de decisão sobre o tratamento e

a necessidade ou não do uso de medicação, efetuando quando necessário a prescrição. A prescrição do enfermeiro independente geralmente ocorre a partir de um formulário limitado (uma lista contendo um número limitado e definido de medicamentos que podem ser prescritos, como na Suécia) ou de um formulário aberto (como em muitos estados nos Estados Unidos da América). Esse modelo é o menos frequente nos países em que os enfermeiros prescrevem.[20]

b) **Prescritor dependente/complementar/suplementar/colaborativo ou semiautônomo:** pode prescrever em colaboração com um prescritor independente, geralmente o médico, mas sem necessidade de supervisão direta. Prescreve a partir de um formulário comum ou especial, em colaboração ou em consulta com o médico. É uma parceria, geralmente, entre um médico e um enfermeiro que ocorre após a avaliação inicial e o diagnóstico da condição do paciente realizados pelo médico. O prescritor dependente não assume a responsabilidade pelo diagnóstico. Esse tipo de prescrição é muito útil nas consultas subsequentes de acompanhamento integrado dos pacientes, após ele já ter passado por uma consulta médica e receber uma prescrição de uso contínuo do medicamento. Em geral, o paciente portador de um agravo crônico será acompanhado ao longo do tempo pelo médico, enfermeiro e, se necessário, por outros profissionais. Destaca-se que o enfermeiro que realizará essa atividade não pode se limitar a repetir a medicação, pois deve ter competência para alterar alguns aspectos da prescrição, como dose ou frequência, de acordo com a avaliação clínica do paciente. Nesse tipo de prescrição, o médico continua responsável, em última instância, mas pode-se incluir no trabalho integrado uma forma conjunta de gestão clínica dos cuidados.[20]

c) **Prescritor com base em protocolos:** é aquele que segue uma instrução escrita específica para a administração de determinados medicamentos em determinada situação clínica. Essa instrução pode ser elaborada dentro de uma instituição, pública ou privada, sendo aprovada pelo dirigente local. Aplica-se para grupos de usuários previamente identificados, por exemplo, pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, entre outros. Esse modelo é usado no Reino Unido, na Austrália e na Nova Zelândia, bem como no Brasil. Nesse grupo, os enfermeiros prescrevam medicação, mas essa ação não deve ser vista como prescrição independente, pois eles só podem prescrever nos termos do protocolo predeterminado. Esse modelo pode ser o caminho para que enfermeiros possam futuramente prescrever, de modo mais independente. No Reino Unido, os protocolos têm sido usados também para outros profissionais, além dos enfermeiros, como fisioterapeutas, psicólogos, optometristas e farmacêuticos que prescrevem em situações de emergência. Nesse modelo, existe uma grande preocupação com aspectos legais em caso de erros ou falhas.[20]

d) **Prescritor que realiza a alteração de horário e dosagem do medicamento:** o quarto modelo é o que permite que o enfermeiro realize apenas a alteração de horário e dosagem de um medicamento prescrito. O protocolo é a prescrição específica de cada paciente. É o modelo comumente usado por enfermeiros atuando com pacientes psiquiátricos, diabéticos e de cuidados paliativos. Nesse modelo, também não ocorre prescrição independente, mas autonomia no modo de administração do medicamento, de acordo com a avaliação clínica sob a autoridade e a responsabilidade do médico.[20]

No Reino Unido, os enfermeiros estão aptos a prescrever de maneira independente e complementar a partir de uma lista de quase 250 medicamentos para uma gama de mais de 100 condições

de saúde; e foi realizado um estudo para fornecer uma visão geral das práticas de prescrição de medicamentos por enfermeiros e os fatores que facilitam ou inibem a prescrição. Entre os resultados do estudo, verificou-se que 87% dos enfermeiros utilizavam a prescrição independente estendida e 35% utilizavam a prescrição complementar para tratar uma variedade de doenças crônicas (incluindo asma, diabetes e hipertensão). A maioria dos enfermeiros prescritores (82%) trabalhavam na APS. Os enfermeiros que trabalhavam com prática geral informaram que as razões que os impediam de realizar a prescrição de medicamentos eram: a falta de capacitação para prescrever medicamentos e a falta de computador para implementar o Plano de Gestão Clínica. Os enfermeiros da APS relataram mais necessidade de desenvolvimento profissional contínuo. Essas necessidades incluem atualização sobre a política de prescrição e a gestão do tratamento. Cerca de 32% dos enfermeiros informaram que não foram capazes de acessar o desenvolvimento profissional contínuo. Enfermeiros prescritores de medicamentos de forma independente predominam no trabalho de APS. Esses enfermeiros são altamente qualificados e têm muitos anos de experiência clínica. A prescrição suplementar é utilizada por uma minoria dos enfermeiros.[25]

A prescrição independente de medicamentos por enfermeiros na Inglaterra é amplamente considerada como parte das PAE e ocorre dentro de um contexto da assistência ao paciente que pode ser concluída de modo independente. Enfermeiros prescritores, portanto, requerem **competências** para gerir uma consulta e necessitam desenvolver **habilidades** como anamnese, exame físico, raciocínio clínico, diagnóstico, para posteriormente decidir sobre a necessidade da prescrição de qualquer medicamento. A prescrição segura também envolve questões como uma receita bem escrita, exata e legível, bem como a adequada documentação da consulta nos registros do paciente. Na Inglaterra essas competências e habilidades foram avaliadas por meio do estudo dos registros de consultas e da prescrição emitida por enfermeiros prescritores independentes e os resultados forneceram evidências sobre a qualidade e a segurança das consultas e prescrições de medicamentos realizadas por esses profissionais.[26]

No Brasil, a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros está embasada na Lei do Exercício Profissional (n. 7.498/1986)[27] e no seu Decreto de Regulamentação (n. 94.406/1987),[28] os quais garantem aos enfermeiros no processo de CE o direito de realizar a prescrição de medicamentos aprovados por protocolos institucionais. Também na Portaria n. 2.436/2017,[3] a qual estabelece que "cabe ao enfermeiro realizar CE, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde". Entretanto, o protocolo de prescrição de medicamentos poderá ser construído de acordo com um dos três últimos modelos descritos pelo CIE. A legislação não permite ao enfermeiro brasileiro a prescrição independente, autônoma ou substitutiva.

A CE, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos por enfermeiros no âmbito da APS são procedimentos que se inserem num modelo inovador de atenção à saúde adotado pela PNAB, que vem sendo construído para a efetiva mudança do modelo assistencial que orienta o SUS. Entretanto, ainda que consagradas em Lei, essas práticas têm sido alvo de severas críticas, sobretudo da categoria médica, que, a despeito da legislação pertinente à matéria, desfere pesadas e infundadas críticas contra esse novo paradigma da Saúde Pública.[29] O Conselho Federal de Medicina (CFM) já abriu processo no Ministério Público visando coibir essa prática, mas o Ministério Público legislou a favor da legalidade dessa prática; entretanto, muitos enfermeiros têm medo de se defrontar com processos nessa área e acabam optando por não prescrever medicamentos. As questões legislativas nesse âmbito não são um problema apenas brasileiro, outros países também se defrontaram com ele.

Na Irlanda, um estudo[30] demonstrou que a maioria dos enfermeiros equipara a possibilidade de prescrição de medicamentos com maior autonomia no processo de trabalho e cuidados holísticos em saúde. Entretanto, a maioria dos enfermeiros especialistas em clínica desistiu da prescrição de medicamentos como uma futura expansão do seu papel pelo medo do litígio. Essa foi a barreira mais significativa para a prática de prescrição de medicamentos pelos enfermeiros irlandeses. Portanto, as implicações legislativas para a prescrição dos enfermeiros e o medo das consequências legais precisam ser considerados antes da implementação de projetos que incluam a prescrição de medicamentos por enfermeiros.[30]

O interesse pela prescrição de medicamentos por enfermeiros vem crescendo, em muitos países, para atender à necessidade de melhor provisão de cuidados aos pacientes e comunidades. Encontram-se na literatura como motivações para essa prática: a) acesso a cuidados em saúde para pessoas que se encontram em comunidades afastadas ou em zona rural; b) uso mais eficaz de tempo e recursos; c) melhoria da utilização da capacidade dos enfermeiros ou legitimação de um trabalho que já estão executando; d) melhoria do relacionamento entre os profissionais de saúde e redistribuição do trabalho entre os profissionais capacitados para determinadas ações; e) melhoria da utilização do tempo de trabalho do médico.[31]

No Brasil, cabe destacar que os protocolos para a prescrição de medicamentos por enfermeiros, organizados em vários municípios brasileiros, não busca suprir a insuficiência numérica de médicos no atendimento às necessidades da população, mas reconhecer que os enfermeiros têm capacidade e competência para a realização dessa atividade de maneira segura, garantindo isenção de risco à clientela assistida.[23]

Aspectos-chave

- O trabalho de enfermagem é de extrema relevância para a integralidade da atenção à saúde da população e para a construção de um modelo de atenção para o Sistema Único de Saúde (SUS) com base nos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS).
- As Rede de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que atuam de maneira integrada e a APS é o primeiro nível de atenção e responsável por coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção.
- O modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS ainda não foi implantado de maneira plena e se propõe a promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua com base nas características epidemiológicas, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.
- Na Politica Nacional de Atenção Básica, os enfermeiros possuem atribuições específicas, que abrangem ações dirigidas a indivíduos, famílias e comunidade, com a finalidade de garantir a assistência integral da saúde em promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, nos diferentes espaços sociais e em todas as fases do ciclo vital.
- Os protocolos clínicos se constituem em instrumentos importantes na formulação e na implantação de rotinas de cuidados de saúde que, além de estruturar a assistência, poderão auxiliar na organização do processo de trabalho. Os protocolos de enfermagem para atender às necessidades em saúde da população vêm contribuindo para a ampliação do seu acesso a esses serviços e para a concretização do princípio da integralidade da atenção à saúde.

- A prescrição de medicamentos por enfermeiros vem sendo implementada desde o início da década de 1990, em muitos países. Nas últimas duas décadas, o número de países em que os enfermeiros são legalmente autorizados a prescrever medicamentos cresceu consideravelmente. Essa prática faz parte de um rol de atividades dos enfermeiros denominado internacionalmente de "Práticas Avançadas em Enfermagem".
- O Conselho Internacional de Enfermagem adota quatro modelos de prescrição de medicamentos por enfermeiros. No Brasil, a prescrição de medicamentos está embasada na Lei do Exercício Profissional (n. 7.498/1986) e no Decreto de Regulamentação (n. 94.406/1987), os quais garantem aos enfermeiros o direito de realizar a prescrição de medicamentos aprovados por protocolos institucionais.

Referências

1. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Sitio Del Consejo Internacional de Enfermeras. Bienvenida. Política de Enfermería. Definiciones. Definición de Enfermería. [Acesso 27 Jul 2022]. Disponível em: https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones.
2. Gomes LTS. Resenha: o saber de enfermagem e sua dimensão prática. Rev Enferm UFPE [Online]. Recife, nov., 2013. [Acesso 20 Ago 2022]; 7(11):6557-8. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12305.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. 2017. [Acesso 28 Jul 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) seção Rio Grande do Sul. Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEn-RS. Ferreira SRS, Mai S, Périco LAD, Micheletti VCD, Rosa JS (Orgs.). Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2020. [Acesso 16 Jul 2022]. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/E-book_DAPS-ABEn-RS.pdf.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978. [Acesso 28 Jul 2022]. Alma-Ata; Casaquistão, USSR. [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
6. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco, 2002. [Acesso 28 Jul 2022]; 786 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf ehttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p2.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [Acesso 28 Jul 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf.
8. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva [Online]. 2011. [Acesso 28 Jul 2022]; 16(suppl 1):1029-1042. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?lang=pt.
9. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm [Online] 2010. [Acesso 29 Jul 2022], 23(1):131-5. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/cZmxbMPbffBXzgyGtmMVMSQ/?format=pdf&lang=pt.
10. Baratieri T, Mandú ENT, Marcon SS. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família. Cienc. Enferm. [Internet]. 2012 Ago. [Acesso 29 Jul 2022]; 18(2):11-22. Disponível em: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_02.pdf.

11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. [Internet]; 2011. [Acesso 29 Jul 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
12. Andrade LOM, Barreto ICHCB, Cavalcanti CGCS. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. *In:* Rouquayrol M. Z & Silva MGC. Epidemiologia & Saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018, 752 p.
13. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva. [Internet]. 2011. [Acesso 29 Jul 2022]; 16(6):2753-2762. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
14. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, [Internet], 2012. [Acesso 29 Jul 2022]. 512 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
15. Franco TB, Magalhães JHM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. *In:* Merhy EE, Magalhães JHM, Rimoli J, Franco TB, Buena WS (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2. ed. 2004.
16. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro de 1990. [Acesso 22 Ago 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Seção II. Da Saúde. Artigo 196 ao 200. Brasília, 5 de outubro de 1988. [Acesso 28 Jul 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
18. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. [Acesso 28 Jul 2022]; 84 p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf.
19. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciên. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2000. [Acesso 28 Jul 2022]; 5(2):219-230. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/abstract/?lang=pt.
20. International Council of Nurses (ICE). Definition and Characteristics of the Role. Advanced Nursing Practice. Oxfor, UK: Blackwell Publishing, 2006. [Acesso 20 Ago 2022]. Disponível em: https://international.aanp.org/practice/apnroles.
21. Buchan J, Calman L. Implementing Nurse Prescribing: An Updated Review of Current Practice Internationally. Geneve, Switzerland: ICN – International Council of Nurses, 2004. [Acesso 28 Jul 2022]; 94 p. Disponível em: https://eprints.soton.ac.uk/366545/.
22. Gielen SC, Dekker J, Francke AL, Mistiaen P, Kroezen M. The effects of nurse prescribing: a systematic review. International Journal of Nursing Studies: 2014. [Acesso 28 Jul 2022]; 51(7):1048-1061. Disponível em: https://postprint.nivel.nl/PPpp5186.pdf?.
23. Oguisso T, Freitas GF. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. Rev Bras Enferm [Online]. 2007. [Acesso 28 Jul 2022]; 60(2):141-144. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/nGYcQ95swkzx9kkZQfb4L8p/?lang=pt.
24. Kroezen M, Francke AL, Groenewegen PP, Dijk L van. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a surveyon forces, conditions and jurisdictional control. International Journal of Nursing Studies: 2012. [Acesso 28 Jul 2022]; 49(8):1002-1012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22369921/.
25. Courtenay M, Carey N, Burke J. Independent extended ands upplementary nurse prescribing practice in the UK: A national questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. September 2007. [Acesso 28 Jul 2022]; 44(7):1093-1101. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16750832/.
26. Latter S, Maben J, Myall M, Blatch-Jones A. Evaluating prescribing competencies and standards used in nurse independent prescribers' prescribing consultations. An observation study of practice in England. Journal of Research in Nursing, January 2007. [Acesso 28 Jul 2022]; 12:7-26. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258155968_Evaluating_prescribing_competencies_and_standards_used_in_nurse_independent_prescribers'_prescribing_consultations_An_observation_study_of_practice_in_England.
27. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem. 25 de junho de 1986. [Acesso 28 Jul 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

28. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n. 94.406/1987. Regulamenta a Lei 7.498/1986 de 08 de junho de 1987. [Acesso 28 Jul 2022]. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173.
29. Borges IAL. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. Enfermagem em Foco 2010. [Acesso 28 Jul 2022]; 1(1):05-08. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1.
30. Lockwood EB, Fealy GM. Nurse prescribing as an aspectof future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. Journal of Nursing Management October 2008. [Acesso 28 Jul 2022]; 16(97):813-820. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19017243/.
31. Fong J, Buckley T, Cashin A. Nurse practitioner prescribing: an international perspective. Nursing: Research and Reviews 2015. [Acesso 28 Jul 2022]; 5. Disponível em: https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=27799.