

MESTRADO

GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Viabilidade da combinação de papéis médicos e de enfermagem na Região Norte: análise de áreas de consenso

Liliana Beirão Neto de Sousa

M

2020



VIABILIDADE DA COMBINAÇÃO DE PAPÉIS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM
NA REGIÃO NORTE: ANÁLISE DAS ÁREAS DE CONSENSO

Liliana Beirão Neto de Sousa

Dissertação
Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por
Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira

Resumo

A necessidade da sustentabilidade económico-financeira das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, em particular, na gestão de recursos humanos da saúde, é hoje inquestionável. Dos escassos estudos de âmbito nacional sobressai a falta de consenso do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, não só entre as equipas médicas, mas também entre as próprias equipas de enfermagem. Da emergente necessidade de reorganização do SNS na direção de uma maior eficiência de recursos, é imperativo esclarecer objetivamente as áreas de trabalho de eventual unanimidade.

Desta forma, este estudo centra-se na análise de duas dimensões ao nível dos Cuidados de Saúde Primários – uma primeira, que relaciona o grupo profissional com a análise das áreas de consenso; e uma segunda, que relaciona o tipo organizacional e nível de desempenho.

Em todas as áreas parece ser importante a dualidade de papéis, atribuindo-se importância na avaliação da equipa de enfermagem previamente à consulta realizada pelo médico, independentemente do tipo organizacional. Atividades específicas como diagnóstico da patologia e ato da prescrição assumem-se como um ato essencialmente médico. Porém, atividades como a medição da pressão arterial, a colheita dos *kits* de pesquisa de sangue oculto nas fezes e o aconselhamento de cuidados pré-colonosopia são consideradas pelos médicos como atividades que poderão ser realizadas pela equipa de enfermagem. O rastreio de pé diabético, a vigilância de hipoglicemias, a explicação do manuseamento de dispositivos inalatórios, bem como atividades praticamente comuns a todas as áreas como a promoção de estilos saudáveis e a referenciação para a URAP-Nutrição poderão ser realizadas por qualquer grupo profissional.

De notar que, apesar do nível de desempenho divergente entre tipo organizacional, estes não se traduzem numa diferença de perceção de importância do trabalho de equipa. Esta análise de *skill mix* parece ser independente do tipo organizacional, e poderá condicionar a gestão de um quotidiano clínico mais eficiente, e provavelmente, com maior qualidade.

Palavras chave: enfermeiro de cuidados gerais; médico de família, cuidados de saúde primários, competências, eficiência, *skill mix*, enfermeiro de família.

Abstract

The need for economic and financial sustainability of the institutions of the National Health Service (SNS) and, in particular, in the management of health human resources, is now unquestionable. The lack of consensus of the skill mix between doctors and nurses, not only among medical teams, but also among nursing teams themselves, stands out in the studies at national level. From the emerging need to reorganize the SNS towards greater resource efficiency, it is imperative to objectively clarify the areas of work of possible unanimity.

Thus, this study focuses on the analysis of two dimensions, at the level of the primary care - a first, which relates the professional group with the analysis of the areas of consensus; and a second, which relates to the organizational type and respective performance level.

The duality of roles seems to be important in every area, with the nursing team's evaluation prior to the consultation performed by the doctor being considered important regardless of the organizational type. Specific activities such as pathology diagnosis, prescription/adjustment of therapy and complementary means of diagnostic are considered an essentially medical act. Performing a cytology and prescribing a mammography screening also seems to be an essentially medical act. However, doctors consider blood pressure measurement, the collection of fecal occult blood test kits and pre-colonoscopy care counseling as activities that can be performed by the nursing team. Diabetic foot screening, hypoglycemia surveillance, explanation of the handling of inhalation devices, as well as activities that are almost common to all areas, such as promotion of healthy lifestyles and referencing to nutrition may be performed by any professional group.

It should be noted that despite the diverging performance level between organizational types, these do not translate into a difference in the perception of the importance of teamwork. This skill mix analysis seems to be independent of the organizational type and may condition the management of a more efficient and probably better clinical routine.

Keywords: general care nurse; family doctor, primary health care, skills, efficiency, skill mix, family nurse.

Agradecimentos

À Professora Doutora Susana Oliveira pela sua orientação e ajuda na construção deste estudo, críticas construtivas, sabedoria partilhada e compreensão de momentos de maior ajuste profissional.

Aos meus Pais, a quem tudo devo, pelo apoio e amor incondicional em tudo o que faço.

Ao meu irmão, que me acompanhou nesta jornada, e que me deu força e resiliência em todos os momentos mais difíceis. Por ser um exemplo de vida, pessoal e profissional.

Aos meus avós maternos, por me ensinarem que o poder do trabalho (e a sua realização com amor e vontade) fazem-nos alcançar qualquer objetivo.

Ao meu Jaime, pelo carinho, incentivo e companhia durante esta caminhada.

Aos meus colegas Médicos e Enfermeiros que deram o seu contributo direto ou indireto, proporcionando momentos de discussão, reflexão e partilha de conhecimento, tão válido à realização desta investigação.

Índice

<i>Introdução</i>	<i>1</i>
<i>Contextualização Teórica.....</i>	<i>3</i>
1. Cuidados de Saúde Primários	4
1.1. A evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	5
1.3. Trabalho em equipa e os modelos organizacionais.....	8
1.4. A Medicina Geral e Familiar nos Cuidados de Saúde Primários	10
1.5. A Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários	10
1.6. A Realidade Internacional.....	11
1.7. Quadro normativo do exercício das profissões médicas e de enfermagem.....	12
1.8. Pressupostos sobre o desenvolvimento de competências em Portugal.....	15
1.9. Perspetivas futuras no planeamento de recursos humanos em saúde	17
<i>Metodologia.....</i>	<i>18</i>
1. Objetivos e questões orientadoras do estudo	19
2. Desenho da Investigação	20
2.1. População e amostra.....	20
2.2. Instrumento de colheita de dados.....	20
2.3. Análise e Tratamento dos dados.....	21
2.4. Exigências éticas do estudo	21
<i>Apresentação dos Resultados.....</i>	<i>22</i>
1. Dados Gerais	23
2. Tipologia de consulta e acompanhamento profissional.....	25
3. Áreas de consenso entre a equipa médica e de enfermagem na combinação de papéis....	26
3.1. Grupos de Risco	26
3.2. Grupos Vulneráveis	33
3.3. Rastreios Populacionais Universais	39
<i>Discussão dos Resultados</i>	<i>42</i>
<i>Referências</i>	<i>47</i>
<i>Anexos</i>	<i>50</i>

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Frequência e Percentagem dos Participantes por Profissão/Carreira.....	23
Gráfico 2 - Frequência e Percentagem dos participantes por tipo Organizacional	24
Gráfico 3 - Frequência relativa (%) do tipo de consulta(s) em que existe um acompanhamento simultâneo entre a equipa de enfermagem e médica	25

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Relação entre a área de especialização com o grupo profissional	25
Tabela 2 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Diabetes.....	26
Tabela 3 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Diabetes.....	27
Tabela 4 - Tipo de Diabetes vs. Vigilância por grupo profissional	27
Tabela 5 - Áreas de consenso entre grupos profissionais na área da Diabetes.....	28
Tabela 6 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Hipertensão	30
Tabela 7 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Hipertensão.....	30
Tabela 8 - Áreas de consenso entre grupos profissionais na área da Hipertensão.....	31
Tabela 9 - Áreas de consenso entre grupos profissionais na área da Patologia Respiratória Crónica	32
Tabela 8 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Saúde Materna	33
Tabela 11 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Saúde Materna.....	34
Tabela 12 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Planeamento Familiar	34
Tabela 13 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Planeamento Familiar	35
Tabela 14 - Áreas de consenso entre grupos profissionais nas áreas de Saúde Materna e Planeamento Familiar	36
Tabela 15 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Pediatria....	37
Tabela 16 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Saúde Infantil e Juvenil.....	38
Tabela 17 - Áreas de consenso entre grupos profissionais nas áreas de Saúde Infantil e Juvenil.....	38
Tabela 18 - Áreas de consenso entre grupos profissionais nas áreas de Rastreamentos Populacionais Universais	39

Abreviaturas e Siglas

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARSN	Administração Regional de Saúde Zona Norte
BI-CSP	Bilhete de Indicadores de Cuidados Saúde Primários
CRNOM	Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
CES	Comissão Ética para a Saúde
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DM	Diabetes Mellitus
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FNAM	Federação Nacional dos Médicos
HTA	Hipertensão Arterial
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento
OE	Ordem dos Enfermeiros
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PF	Planeamento Familiar
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USF-A	USF Modelo A
USF-B	USF Modelo B
USP	Unidades de Saúde Pública

Introdução

Um dos maiores desafios do Sistema Nacional de Saúde de Portugal centra-se na melhoria de eficiência da combinação dos recursos humanos (Barros, 2018). Assim, a análise do *skill mix* entre médicos e enfermeiros, através do alargamento dos papéis do enfermeiro ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem sido foco de discussão. Se, por um lado, os países anglo-saxónicos nos presenteiam com uma vasta experiência nesta matéria, só recentemente este assunto tem sido alvo de debate em território nacional (Temido et al., 2013).

Não obstante, destaca-se a todo o momento a mais valia do trabalho de equipa, definido por peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), por “um método de trabalho, visando um objetivo comum, que permite a muitas pessoas utilizarem o melhor possível, as suas qualidades individuais, associando as suas competências à sua experiência”. Assim, especificamente na área da saúde, este tem o seu foco centrado no utente, sendo que a integração de diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno de um objetivo comum, torna-se fundamental para que a assistência ao utente seja eficaz.

Em Portugal, o número de médicos/1000 habitantes (5,2 em 2018) é superior ao da média dos países da União Europeia (3,5). Destaca-se ainda, o facto de ser o segundo país com maior percentagem de médicos generalistas (52%), sendo a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) de 30% (OCDE, 2020). Por sua vez, o número de enfermeiros/1000 habitantes (6,9 vs. 8,8) bem como o ratio de enfermeiros/médico (1,3 vs. 2,5) são inferiores aos restantes países da OCDE, sugerindo uma combinação ineficiente de recursos (OCDE, 2020). Porém, é importante salientar as dificuldades na comparação entre os números de médicos e enfermeiros entre países, conferindo um carácter limitativo nesta análise. A partir de dados da OCDE, o livro “Saúde 2040 — Planeamento de médicos e enfermeiros em Portugal” de Lopes et al. (2018) defende que o país precisa de um crescimento de 26% do número de enfermeiros por mil habitantes até 2040. Em sentido inverso, o número de médicos deveria diminuir cerca de 4%. A atual proporção entre enfermeiros e médicos em Portugal é reduzida, o que se repercute não só na despesa do Estado, como na forma como as tarefas são distribuídas

nas unidades de saúde.

Os estudos com dados nacionais têm-se debruçado no *skill mix* entre médicos e enfermeiros, não só pela sua mais valia técnica, em termos de eficiência e qualidade, mas também procurando avaliar a sua aplicabilidade e exequibilidade política e organizacional bem como pelo seu impacto económico.

Reconhece-se, portanto, a necessidade de clarificar as áreas de unanimidade entre as equipas profissionais e a sua efetividade no exercício profissional, sendo que na elaboração desta dissertação serão analisadas duas dimensões, apenas ao nível dos CSP – uma primeira, que relaciona o grupo profissional com a análise das áreas de consenso; e uma segunda, que relaciona a variação da mutualidade de papéis com o tipo organizacional e provável impacto nos respetivos indicadores de desempenho.

Capítulo I:
Contextualização Teórica

1. Cuidados de Saúde Primários

A OMS define os CSP como o primeiro nível de contacto de um sistema de saúde, que se traduz em cuidados de saúde essenciais, colocados ao alcance universal dos indivíduos, famílias e comunidade, com a sua inteira participação, a um custo que a comunidade e o país podem manter (Alma-Ata, 1978).

O objetivo final dos CSP declarado em Alma-Ata mantém-se nos dias de hoje, independentemente da comunidade, país ou continente, centrando-se na melhoria das condições de saúde das populações (OMS, 2012). A redução da exclusão e das desigualdades sociais em saúde, a organização dos serviços de saúde em função das necessidades das pessoas, a integração dos serviços de saúde em todos os sectores, a busca de modelos colaborativos de políticas de diálogo e o aumento da participação das partes interessadas são pontos-chave para o alcance desta meta (OMS, 2012).

Os CSP exigem e fomentam a auto-responsabilização, a autonomia e a participação ativa da comunidade e do indivíduo no planeamento, organização, funcionamento e controlo dos cuidados de saúde, tirando um maior partido possível dos recursos existentes a nível local, nacional e internacional (Biscaia, 2008), atuando em quatro níveis de prevenção (Almeida, 2005):

- Primária: cuidados que se destinam a prevenir o aparecimento de uma doença, incluindo actividades de promoção de saúde e medidas de proteção específica;
- Secundária: cuidados que se destinam a detetar precocemente a doença e a tratá-la prontamente, no sentido de reverter, curar ou reduzir a sua gravidade;
- Terciária: cuidados orientados para a limitação da incapacidade e reabilitação com o objetivo de prevenir a progressão da doença, ou da manutenção da mais elevada qualidade de vida quando o processo da doença é irreversível;
- Quaternária: cuidados que assentam em dois princípios fundamentais, precaução e proporcionalidade, através dos quais a prática clínica pretende curar (to heal) sem causar dano (to harm).

Os CSP são um património cultural, técnico e institucional que, apesar das conhecidas limitações, sempre tiveram provas dadas no melhoramento dos índices de saúde das populações. Importa não apenas preservá-los, mas também modernizá-los e desenvolvê-los

pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população.

Neste sentido e de acordo com o relatório da OMS (OMS, 2008), são necessárias novas reformas que reorganizem os CSP, trabalhando em torno das necessidades e expectativas das pessoas de forma a torná-los socialmente mais relevantes, respondendo melhor ao mundo em constante mudança.

Desta forma, torna-se preocupante o desinvestimento nos CSP durante os últimos anos (USF-AN, 2015). Desinvestimento esse, não apenas pela desproporcionalidade na atribuição de fundos aos CSP e os cuidados diferenciados, como pela falta de um plano estratégico que vise colmatar ou, pelo menos, atenuar as limitações relacionadas com a crónica carência de recursos humanos, tão necessários ao bom funcionamento (USF-AN, 2015).

1.1. A evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Em Portugal, a história evolutiva dos cuidados de saúde, em particular dos CSP, iniciou-se ainda antes da criação do SNS, com o aparecimento dos centros de saúde (CS) de primeira geração, através do Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro (*Decreto-Lei n.º 413/71*). Os CS, neste período, estavam associados ao conceito de saúde pública, onde eram realizadas actividades como vacinação, vigilância da grávida, vigilância da criança em saúde escolar e actividades da autoridade sanitária. No entanto, nesta altura, a assistência aos indivíduos era assegurada sob pagamentos regulares, não garantindo a saúde a todos.

Em 1979, com a criação do SNS, é consolidada a Lei n.º 56/79 nos termos da Constituição onde “todos os cidadãos” tinham “direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, de forma universal, geral e gratuita” (*Lei n.º 56/79*).

Em 1983, o Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, criou os CS de 2ª Geração que resultaram da fusão das Caixas de Previdência com os CS de 1.ª Geração (*Despacho Normativo n.º 97/83*). Apesar da racionalização e otimização dos recursos existentes, não houve grande alteração dos cuidados prestados anteriormente, pelas entidades per si. Logo depois foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, que, na sua Base XIII, reforça a ideia dos CSP como base de todo o sistema de saúde (*Lei n.º 48/90; Lei n.º 95/2019*).

Em 1999, surge a legislação dos CS de 3ª Geração, que nunca chegaram a ser implementados, pela crescente desmotivação dos profissionais, mas que serviu de base para a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF). Esta desmotivação, levou à

implementação de três projetos experimentais que foram inspiradores para a “reinvenção dos CSP” (Biscaia, 2008), que deram origem à reforma dos CSP que se iniciou formalmente em 2005.

Esta reforma abrange a reorganização local dos cuidados, com especial ênfase nas recentemente criadas USF e na reorganização dos CS em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o consequente desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-regiões de Saúde. Deve ser salientada a estrutura dos ACES, que incluem, além das USF e de órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

De notar, que a reorganização dos CSP em USF assentou na criação de pequenas unidades funcionais multiprofissionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, sujeitas a contratualização interna e ao cumprimento de objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. No entanto, foi previsto que nem todas as USF poderiam ter o mesmo modelo organizacional, do ponto de vista da contratualização e autonomia, por “fatores conjunturais ou por opção”. O Despacho nº 24 101/2007 estabelece os critérios e a metodologia que permitem classificar as USF nos referidos modelos:

- O modelo A (USF-A) compreende USF do setor público administrativo e corresponde a uma fase de aprendizagem de aperfeiçoamento do trabalho em equipa, ao mesmo tempo que contribui para o desenvolvimento da prática de contratualização interna. É uma fase de transição indispensável em equipas pouco habituadas a trabalho em equipa, onde não há qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar, como, por exemplo, em equipas mais envelhecidas, em que o trabalho individual se encontra mais enraizado.
 - O modelo B (USF-B) surge, naturalmente, no decorrer do processo de criação da USF, após o modelo A. Está pressuposto uma maior maturidade organizacional por parte da equipa de profissionais de saúde e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente. Neste modelo, os profissionais passam a usufruir de um sistema retributivo especial em que acresce

ao ordenado suplementos e compensações pelo desempenho.

- O modelo C (USF-C) é um modelo experimental que ainda não se encontra efetivo nem totalmente regulamentado. Visa suplementar possíveis insuficiências demonstradas pelo SNS, possibilitando a criação de USF pelos setores social, cooperativo e privado, articuladas com um CS, mas sem qualquer dependência hierárquica deste

Atualmente, coexistem três tipologias de unidades de cuidados primários, UCSP, USF-A e USF-B, que partilham a mesma missão e atendem utentes com necessidades semelhantes, mas com modelos de funcionamento, financiamento e maturidade no processo de contratualização diferentes.

No entanto, a adesão à reforma não tem sido uniforme ao longo do país, criando alguma desigualdade nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos. Em termos geográficos, a implantação das USF tem evoluído a duas velocidades, com maior desenvolvimento nas regiões do litoral em relação ao interior do país.

1.2. Análise comparativa entre as USF e as UCSP

A reforma promovida no sistema de saúde português assume que as competências das diferentes classes de profissionais devem ser aproveitadas, assim como deve ser potenciada a autonomia e cooperação entre as equipas e entre os profissionais e responsabilizá-los pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e adequação, em tempo útil e com o menor custo. Nesse sentido, é relevante, desde logo, que exista uma clara distinção entre a missão, as características, e as atribuições de cada unidade funcional, sem embargo de todas deverem ser capazes de adaptar o seu funcionamento às necessidades do indivíduo, da sua família e da comunidade, privilegiando as dinâmicas funcionais em rede, o trabalho multidisciplinar e integrado, na procura de resultados positivos em saúde. Porém, os resultados e as vantagens do atual modelo organizacional de CSP não são consensuais.

A comparação entre USF e UCSP justifica-se por estas últimas se assemelharem ao modelo organizacional de centro de saúde clássico (anterior à criação das USF), que se manteve nos casos em que os profissionais não quisessem ou não existissem condições para constituir uma USF. Por outro lado, as UCSP não têm autonomia no cumprimento do plano de ação e não têm gestão participativa dos profissionais, como ocorre nas USF. Ainda nas USF encontra-se previsto um regime de incentivos associados à atividade, que podem

ser atribuídos como prémios ao nível institucional e/ou à equipa multiprofissional, não se encontrando previsto o pagamento com base no desempenho nas UCSP.

1.3. Trabalho em equipa e os modelos organizacionais

O trabalho em equipa pode ser definido como “a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes, em prol de um objetivo comum, sendo que o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele que é realizado quando em grupo” (Graça, 1992). O trabalho em equipa para ser bem sucedido pressupõe a partilha de objetivos comuns, tendo cada membro da equipa noção da missão da mesma, até à compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um, passando pela existência de recursos humanos e materiais suficientes (Graça, 1992).

A Entidade Reguladora de Saúde (ERS), na análise de combinação de profissionais de saúde, analisou o *ratio* de enfermeiros por médicos nas unidades de CSP do SNS, com vista a comparar a realidade existente entre modelos de gestão. Numa análise por UF, destacam-se as UCSP por apresentarem um ratio mais elevado em todas as regiões. Verifica-se também que as USF de modelo A, com a exceção da ARS Centro, têm um ratio superior às USF de modelo B (ERS, 2016).

Com a evolução dos CSP, notou-se um reforço organizacional do trabalho em equipa, mas que escasseiam resultados de eficiência concretos quando comparados os diferentes modelos organizacionais previamente enumerados.

A comparação do desempenho entre USF e UCSP, realizada pela ERS, evidenciou que em todos os indicadores relativos a cuidados de saúde de prevenção (indicadores de vigilância oncológica, de rastreio, e de plano de vacinação), e de prevalência de doença, as USF de modelo B exibiram um melhor desempenho, seguidas pelas USF de modelo A e, por último, pelas UCSP. Constatou-se também que, na generalidade, entre 2012 e 2013, os indicadores de desempenho melhoraram nas USF e UCSP, mas exibiram um ligeiro agravamento entre 2013 e 2014. Por último, as regiões de saúde exibiram comportamentos muito heterogéneos em cada um dos indicadores, registando a ARS Norte o melhor desempenho em maior número de indicadores (ERS, 2016).

Estes dados corroboram a análise do Tribunal de Contas, em 2014, que revelam um melhor desempenho das USF face às UCSP (Tribunal de Contas, 2014).

No entanto, no que confere ao modelo organizativo das USF modelo A vs. USF modelo

B, o Tribunal de Contas (2014) concluiu serem as USF-A as unidades mais eficientes, por outro lado, a ERS (2016) concluiu serem as USF-B.

Um estudo recente (Azevedo, 2016) que avaliou o impacto da reforma nos CSP nos indicadores não incentivados (isto é, não objeto de contratualização) concluiu que a reforma induzia melhores resultados não apenas nos indicadores contratualizados (à semelhança do que se tinha concluído noutros estudos como o do Tribunal de Contas ou da ERS (Contas, 2014; ERS, 2016), mas também nos não contratualizados, indiciando um efeito de contágio positivo de boas práticas.

Decorridos quinze anos da implementação das primeiras USF, com a diminuição de alternativas que possibilitem a autosseleção de profissionais, o alargamento dos processos de contratualização às UCSP e uma aproximação do seu modelo organizativo ao das USF podem estar a atenuar as diferenças de desempenho entre as três tipologias atualmente em vigor. Um estudo recente desenvolvido ao nível da região centro analisou o comportamento relativo das USF e UCSP, através da determinação do *ranking* das unidades, e observou as diferenças destacadas pela análise do desempenho relativo, entre tipologias de unidades (Henriques, 2016). Os resultados deste estudo concluíram que, em média, as USF-A da região centro são mais eficientes e que a remuneração das USF-B é excessiva. O modelo de incentivos está a remunerar a tipologia de unidade e não necessariamente os *benchmarks*. Foi ainda realçado que a transformação de todas as unidades de CSP em USF-B pode, assim, trazer custos significativos para o SNS, principalmente se for mantido o modelo de remuneração atual. Por outro lado, a pressão competitiva das USF-A para chegar a modelo B e a expectativa futura de uma melhor remuneração pode explicar o melhor desempenho relativo destas unidades.

Note-se que apesar desta disparidade de conclusões relativamente aos modelos organizativos, são escassos os estudos que avaliam a combinação de papéis de uma equipa que se caracteriza multiprofissional, ou que comparem a eficiência relativa de diferentes modelos organizativo de combinação dos papeis dos profissionais de saúde. Torna-se, então importante analisar e comparar estes resultados, de forma a contribuir para a otimização na utilização de recursos (ou para uma maior eficiência na utilização dos recursos) e avaliar soluções alternativas que contribuam para melhorar, aperfeiçoar e assegurar a continuidade do Serviço Nacional de Saúde.

1.4. A Medicina Geral e Familiar nos Cuidados de Saúde Primários

Pelas especificidades da sua prática clínica e pela relação única de proximidade que desenvolve com o doente e a sua família, o médico de família está numa posição privilegiada para atuar, enquanto recurso fundamental do sistema de saúde. A sua visão sobre o doente, mais abrangente, permite-lhe não só ter uma visão integrada da multiplicidade das patologias em causa, como também relacionar as respetivas características clínicas com aspetos psicológicos e sociológicos específicos.

Nos últimos anos, a população médica tem-se revelado reticente ao papel do ato de enfermagem na repartição de competências e responsabilidades, não esquecendo, porém, a mais valia do trabalho de equipa e garantido a sinergia entre os vários grupos de profissionais de saúde. As instituições sindicais representantes têm-se manifestado contra a generalidade destas afirmações, esclarecendo que a definição e cumprimento do Acto Médico é incontornável para o estabelecimento de um adequado enquadramento laboral e profissional da profissão Médica e colocando limites na transferência de responsabilidades (FNAM, 2016).

1.5. A Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários

Observa-se que o cuidado de enfermagem, no âmbito dos CSP, tem vindo a sofrer alterações com o intuito de melhorar os cuidados prestados aos utentes, inseridos num agregado familiar, com características peculiares, onde se verifica um enraizamento da cultura e da tradição familiar.

De acordo com o relatório da OMS - Saúde 21, é atribuído um especial ênfase ao enfermeiro como agente ativo ao longo do ciclo vital dos indivíduos e famílias, enunciando que “no centro de saúde deve estar um enfermeiro de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio (OMS, 1998). (...) Os cidadãos teriam o direito de escolher os dois, médico e enfermeiro, cuja tarefa deveria incluir o suporte ativo ao autocuidado (OMS, 1998)”. Deste modo, o enfermeiro deve focar-se nas famílias, realizando actividades de promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados ao indivíduo em fase terminal e representando o elemento de referência para a entrada dos indivíduos no sistema de saúde (Schober & Affara, 2001).

Em Portugal, na sequência da declaração de Munique, a Ordem dos Enfermeiros (OE) na conferência “A Cada Família o seu Enfermeiro”, partilhou a experiência de cuidados baseados no modelo de enfermeiro de família, centrando-se no aparecimento de uma nova cultura organizacional, consequente da organização do trabalho do enfermeiro de família, que resultou numa maior eficácia no planeamento e controlo dos problemas de saúde, assim como no desenvolvimento de competências favorecedoras à tomada de decisão (OE, 2002).

Os enfermeiros, de acordo com o seu Código Deontológico, devem “atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”; “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”; “integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”. De salientar que, trabalhar em articulação e complementaridade não significa que os enfermeiros substituam cuidados de outros profissionais, devendo atuar no melhor interesse e benefício dos utentes e cidadãos, respeitando o seu direito a cuidados de saúde efetivos, seguros e de qualidade.

1.6. A Realidade Internacional

De salientar, que a nível internacional tem também sido discutida a ampliação do papel dos enfermeiros nos CSP, não como substituta, mas como complementar aos cuidados prestados.

A ampliação do papel de enfermagem já está regulamentada em diversos países como a Austrália, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Finlândia, França, Irlanda, Japão, Polónia, Reino Unido e República Checa (PAHO, 2018). Também na Espanha, Holanda e Suíça o interesse político na ampliação do papel de enfermeiros tem sido alvo de discussão, face ao deficit de médicos de família (PAHO, 2018).

Porém, as diferenças na legislação bem como da organização dos sistemas de saúde destes países impossibilitam a sua comparação com a realidade portuguesa, apesar do objetivo comum na combinação de papéis como forma de gestão de eficiência dos recursos.

1.7. Quadro normativo do exercício das profissões médicas e de enfermagem

O quadro normativo do exercício das profissões médicas e de enfermagem, em Portugal, está maioritariamente, atribuído às ordens profissionais (Temido et al., 2013).

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

Nas intervenções implementadas pelo enfermeiro, este deve observar todos os princípios inerentes à boa prática de Enfermagem, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional, assumindo o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, sendo que as suas competências se diferenciam entre o Enfermeiro Generalista e o Enfermeiro Especialista (*Decreto-Lei n.º 104/98*).

As recentes alterações no regime da carreira especial de enfermagem (*Decreto-Lei n.º 71/2019*) são importantes ter em conta, uma vez que podem interferir e limitar na combinação e substituição de papéis em determinadas áreas específicas. Neste, defende-se que compete ao enfermeiro identificar áreas de “promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e readaptação funcional e da palição”, “prestar cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção” e “participar nos processos de decisão próprios da sua atividade integrando as equipas multidisciplinares” (*Decreto-Lei n.º 71/2019*). No entanto, o enfermeiro especialista desenvolve competências próprias inerentes à sua área de especialização, além do conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, nomeadamente “prestar cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, dentro da sua área de especialidade”.

Estão ainda regulamentadas as “competências comuns” aos Enfermeiros Especialistas (competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialidade), bem como as “competências específicas” (definidas para cada área de especialidade) (OE, 2019).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, 2018a, 2018b) estão estabelecidas as competências específicas de cada área de especialização de enfermagem. Atendendo aos objetivos do presente estudo, enumeram-se, em seguida, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Entre as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (OE, 2018b), destacam-se:

- Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolver a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica;
- Intervir, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;
- Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem;
- Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.

De notar ainda, que ao nível dos CSP, onde áreas como a Saúde Infantil e de Planeamento Familiar/Saúde Materna são áreas de atuação diária do Médico de Família e Enfermeiro de Família, torna-se importante também rever a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018a) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011).

Entre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, destacam-se:

- Diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Providenciar cuidados à crianças/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;
- Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Entre as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, obstétrica e Ginecológica, enumera-se:

- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Desta forma, é evidente que a combinação de papéis entre a equipa médica e de enfermagem, só deverá ser ponderada, à luz da regulamentação nacional atual, que estabelece as competências específicas de cada enfermeiro, o que poderá condicionar estes mesmos resultados.

No Código Deontológico da Ordem dos Médicos (OM, 2017), enfatiza-se o domínio exclusivo sobre certo tipo de atos. Sobre a “Independência dos médicos”, o artigo 3.º, n.º 2 do Código enumera que “em caso algum o médico pode ser subordinado à orientação técnica (. . .) de estranhos à profissão médica no exercício das funções clínicas”. E o artigo 36.º, n.º 6, do mesmo normativo, refere que “não é permitida a delegação de atos médicos

quando se transfira para não médicos as competências de estabelecimento de diagnóstico, prescrição ou gestão clínica autónoma de doentes”, consagrando expressamente o ato de diagnóstico, de prescrição e de gestão clínica autónoma de doentes como reserva de exercício. Ainda assim, e dado que este mesmo artigo 36.º, no seu n.º 4, refere que “quando delegar competências noutros profissionais de saúde, médicos ou não médicos devidamente habilitados, é dever do médico não ultrapassar nesta delegação as competências destes profissionais”. Indelegáveis serão apenas os atos de diagnóstico, prescrição ou gestão clínica autónoma de doentes. De resto, nesta mesma linha vai o artigo 147.º do citado Código que, ao vedar ao médico “delegar atos médicos noutros profissionais de saúde, sem prévio conhecimento e autorização da Ordem dos Médicos”, salvaguarda a possibilidade de, cumprido este requisito, poder haver lugar a delegação. O mesmo sucedendo relativamente ao artigo 151.º do Código que, ao referir que “o médico não deve permitir que os seus colaboradores não médicos prestem aos doentes serviços da sua competência que não tenha prescrito”, defende a respetiva margem de atuação por uma prescrição médica inicial. Apesar de a Lei de Bases da Saúde referir que o conceito de ato médico é definido na lei, só recentemente, em Portugal foi aprovada legislação neste domínio (OM, 2019). Assim, note-se mais uma vez que apesar de analisarmos a combinação de papéis ao nível de várias áreas neste trabalho, algumas poderão atualmente consubstanciar uma reserva legal exclusiva da profissão médica e por sua vez, interditas à profissão de enfermagem.

Porém, importa ressaltar, tal como corroborado pelos estudos nacionais que, o desenvolvimento da enfermagem pela via da partilha de alguns papéis que são exclusivos ao exercício médico não beneficia de um consenso generalizado, designadamente no seio da própria profissão (Pearce, 2012). Sublinha-se ainda, que a opção pelo alargamento do âmbito clínico do exercício da enfermagem é, sobretudo, controversa no seio da profissão médica (Temido, Craveiro, & Dussault, 2015). Um exemplo recente foi a recusa pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) da possibilidade de estes enfermeiros poderem acompanhar grávidas de baixo risco e doentes crónicos com a respetiva prescrição de medicamentos, sublinhando a necessidade de respeitar a formação e a competência própria de cada profissão.

1.8. Pressupostos sobre o desenvolvimento de competências em Portugal

Estudos recentes que analisam o papel do alargamento dos Enfermeiros de Família nos

CSP sugerem que no modelo de trabalho em equipa que sustenta o funcionamento das USF tende a existir um ambiente favorável à atribuição de mais papéis clínicos ao enfermeiro de CSP como forma de melhorar a resposta às necessidades assistenciais da população (Temido et al., 2015). Neste mesmo estudo (Temido et al., 2015), foram avaliadas as situações relativas à doença aguda, a referenciação a outros profissionais de saúde e outros níveis de cuidados, bem como a prescrição farmacológica e outras áreas assistenciais, quando da responsabilidade do enfermeiro. No que se refere às situações de carácter agudo, foi concordante pelas equipas médicas abordadas no estudo, no sentido de atribuir uma maior responsabilização dos enfermeiros na resposta às situações agudas de doença, assumindo-se não só como uma opção, mas como uma necessidade. No entanto, a relutância em assumir tais tarefas foi apenas manifestada pela equipa de enfermagem, alegando falta de formação para tal, associada às diferenças de nível organizacional de cada equipa. Também relativamente ao papel dos enfermeiros na referenciação para outros profissionais de saúde as perceções registadas foram diferentes entre as USF estudadas. Se, por um lado, umas defendem uma lógica de atuação de maximização da capacidade resolutive dos CSP baseando-se numa decisão da equipa, noutras a referenciação por enfermeiros para outros profissionais, dentro do ACES, foi lida como uma mais-valia. Também no âmbito da prescrição farmacológica, houve opiniões díspares nas Unidades de Saúde: numas consideraram que havendo condições específicas, seria possível redefinir fronteiras de intervenção; noutras a resposta foi convicta, célere e afastada pela maioria dos médicos e pelos enfermeiros, com base na ideia de que a formação de base dos enfermeiros não os prepara suficientemente, de que essa não é uma necessidade efetiva e de que, mesmo para os médicos, a prescrição é uma atividade complexa. No entanto, também neste estudo é avaliado o seguimento por enfermeiros da gravidez de baixo risco, de crianças saudáveis e de doentes crónicos, áreas apresentadas como merecedoras de uma maior intervenção autónoma da enfermagem. Ressalva-se ainda que foram identificadas e discutidas pelas equipas de saúde uma grande variedade de opções relativamente às novas formas de trabalhar, de que o alargamento dos papéis clínicos do enfermeiro de CSP poderia assumir; sendo a posição sobre a adequação de cada uma muito variável, com profissionais de saúde a posicionarem-se diferentemente entre as USF e dentro da mesma USF. Porém, estes estudos, ainda escassos na esfera portuguesa, têm também limitações na metodologia utilizada, não permitindo a generalização dos resultados, sabendo-se que as perceções recolhidas representam apenas a interação entre as equipas de saúde que aceitaram colaborar nos estudos.

Por conseguinte, a atribuição de papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP não reúne unanimidade, sendo percebida, por alguns médicos e enfermeiros, como incongruente e facciosa (Temido et al., 2015).

1.9. Perspetivas futuras no planeamento de recursos humanos em saúde

No planeamento de recursos humanos, tem crescido a consciencialização da importância do desenvolvimento de competências e da maximização da contribuição de todos os trabalhadores no sentido de obter uma maximização desses recursos, permitindo ganhos de eficiência (Sinclair, 2014). No entanto, num contexto de escassez de profissionais de saúde, as necessidades da população não são totalmente atendidas e os profissionais encontram-se sobrecarregados.

Uma meta-análise recente defende que a combinação de tarefas nos serviços de saúde e especificamente nos CSP se mostrou positiva tanto para os utentes como para os profissionais (Cassiani, Fernandes, Reveiz, Filho, & da Silva, 2020). As combinações de tarefas, em sistemas de saúde de países em desenvolvimento, apontam que esses modelos se apresentam como alternativas na superação das dificuldades impostas pela escassez de profissionais de saúde, sobretudo em áreas de difícil acesso ou de baixa densidade de profissionais. A combinação de tarefas e a regulamentação da expansão de tarefas parecem dar mais autonomia aos enfermeiros e/ou demais profissionais no provimento de CSP, valorizando a formação educacional e técnica do profissional e realocam o médico ou outro profissional para outros procedimentos mais complexos e especializados (Cassiani et al., 2020). De notar, que se estaria perante uma “substituição vertical” em que enfermeiros e outros profissionais da saúde assumiriam tarefas que antes eram consideradas exclusiva dos médicos (Maier et al., 2018). Essas tarefas poderiam ser executadas de acordo com protocolos, tais como exames, tratamento e gestão de pacientes com doenças crónicas estabelecidas (Maier et al., 2018). De notar, porém que são incluídos nesta análise países com realidades muito díspares da realidade nacional, o que pode limitar a extrapolação dos dados para a realidade portuguesa.

De forma a compreender estes desequilíbrios, e de forma a investir num trabalho de equipa mais eficiente, é importante conhecer a aceitação desta combinação de papéis e acima de tudo compreender as áreas específicas em que tal poderá ser feito, tanto ao nível do papel médico como de enfermagem, com o objetivo de uma melhoria dos ganhos em saúde no território nacional.

Capítulo II:
Metodologia

1. Objetivos e questões orientadoras do estudo

A elaboração desta dissertação tem dois objetivos, ambos ao nível dos CSP, nomeadamente:

- Analisar as áreas de consenso quanto ao *skill mix* desejável entre a equipa médica e de enfermagem nas UCSP, USF-A e USF-B ao nível da Região Norte;
- Analisar os ganhos de eficiência possíveis com a reorganização do trabalho em equipa, através da comparação dos resultados obtidos da análise descrita anteriormente, com os indicadores de desempenho assistencial nos grupos vulneráveis e de risco, de acordo com o tipo de modelo organizativo (UCSP, USF-A e USF-B) ao nível da Região Norte;

De acordo com os objetivos propostos, pretende-se com o presente estudo:

- Analisar as áreas de especialização com a profissão (equipa médica e enfermagem);
- Analisar se existem áreas de consenso entre a equipa médica e de enfermagem na combinação de papéis na gestão de grupos de risco (Diabetes e Hipertensão/Patologia Respiratória Crónica), na gestão de grupos vulneráveis (Saúde Materna e Planeamento Familiar/Saúde Infantil e Juvenil) e nos Rastreios Populacionais Universais).
- Analisar se os resultados referidos variam de acordo com:
 - a profissão/carreira (enfermeiro, médico interno e médico especialista em Medicina Geral e Familiar);
 - o modelo organizativo onde cada participante exerce funções (UCSP, USF-A e USF-B);
- Verificar se existe uma correlação entre as áreas onde há maior consenso quanto à possibilidade de combinação de papéis e os níveis de desempenho das Unidades Funcionais.

2. Desenho da Investigação

Este estudo trata-se de um estudo transversal e decorreu entre outubro de 2018 e agosto de 2020.

2.1. População e amostra

A população alvo deste estudo é constituída por todos os Médicos de Família (Internos de Formação Específica e Especialistas de Medicina Geral e Familiar) e Enfermeiros de Família a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde da Administração Regional de Saúde da Região Norte, englobando as UCSP, USF-A e USF-B, que aceitaram colaborar no estudo, após consentimento informado.

2.2. Instrumento de colheita de dados

No sentido de avaliar esta temática, numa primeira dimensão, foi desenvolvido um questionário com duas preocupações: por um lado, ser suficientemente abrangente e, por outro, ser suficientemente simples para que a equipa médica e de enfermagem respondessem ao questionário de uma forma objetiva. O questionário (Anexo I) foi construído na plataforma online https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe6v6kOjLwvfEWO9F9dyg_lhtig9FS1a5INERGkwfQzO0whkg/viewform?vc=0&c=0&w=1&fbclid=IwAR1iVW4HaCqrXC8UAzzDprNcBNr-Mjpiw-482NUIKi2OZiS2mvxaq6lYyeE.

O questionário era constituído por duas partes, ambas de resposta fechada: uma secção A (que avalia a profissão, diferenciação entre UCSP/USF-A/USF-B, faixa etária e grau de especialização; e uma secção B que avalia as opiniões relativas aos atos realizados nos CSP. Este questionário foi colocado em grupos públicos da área de Enfermagem e Medicina Geral e Familiar da plataforma social *Facebook* e foram incluídos todos aqueles que, após consentimento informado (incluído no questionário), aceitaram colaborar no estudo.

O pré-teste foi aplicado a uma amostra de 5 médicos e de 5 enfermeiros, com o objetivo de discutir com os participantes o tempo de preenchimento, o formato do mesmo, a compreensão das perguntas e a possibilidade de se oporem a responder a alguma questão. Os indivíduos recrutados para o estudo-piloto não foram incluídos no estudo final.

Antes da sua aplicação, a segunda parte do questionário apresentava-se mais extensiva, tendo-se sintetizado alguns pontos de modo a permitir uma maior celeridade na resposta. O questionário mostrou boa consistência interna, tendo sido reformulado para a sua versão final.

Numa segunda dimensão, após pedido formal à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), foram recolhidos e analisados os indicadores de desempenho das UCSP/USF-A/USF-B da ARS Norte, referentes a Julho de 2020, e disponíveis na plataforma Bilhete de Indicadores de Cuidados Saúde Primários (BI-CSP).

2.3. Análise e Tratamento dos dados

Os resultados foram convertidos para tabelas no Microsoft Excel®, a fim de permitir uma rápida observação dos resultados. Concluída a colheita de dados, foi realizada uma análise estatística, descritiva e inferencial, através do programa informático de estatística, SPSS v.17.0®. Para as variáveis contínuas serão apresentadas frequências absolutas e relativas. Será utilizado o teste de Qui-quadrado para comparar proporções entre grupo. Todos os p valores determinados considerar-se-ão significativos se o valor for inferior a 0,05.

2.4. Exigências éticas do estudo

Os procedimentos éticos para a realização do estudo iniciaram-se com o pedido de autorização formal à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSN para a realização do mesmo. O projeto da investigação em curso foi apresentado a esta Comissão e foi aprovado (Anexo II). Paralelamente, foi pedida também autorização formal à ACSS, mas não se obteve resposta, pelo que apenas foi possível usar os dados disponíveis na plataforma BI-CSP, disponíveis abertamente a qualquer cidadão (BI-CSP, 2020).

Foi anexada a cada questionário uma nota explicativa do estudo para o consentimento informado dos participantes, onde constavam todas as informações relevantes, desde o nome, o contacto da investigadora, os objetivos do estudo, o método, a não obrigatoriedade e a confidencialidade na participação. Em conformidade, este estudo assegura o anonimato e confidencialidade dos participantes, dado que os questionários não foram identificados.

Capítulo III:
Apresentação dos Resultados

1. Dados Gerais

A amostra foi constituída por um total de 104 elementos.

1.1. Profissão/Carreira

Existe uma maior proporção de participantes da profissão médica (considerando a carreira de médicos especialistas (38,5%) e médicos internos (15,4%)) comparativamente à profissão de enfermagem (46,2%), embora sem grande disparidade entre os dois grupos profissionais (Gráfico 1). Porém, no que concerne a carreira médica a proporção de Especialistas é significativamente superior, o que poderá interferir na análise dos resultados.

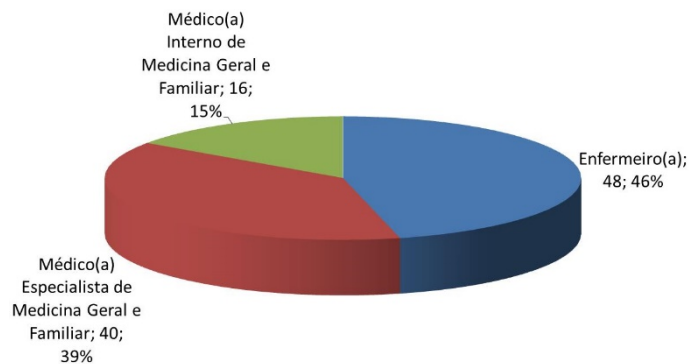


Gráfico 1 - Frequência e Percentagem dos Participantes por Profissão/Carreira
*n=6 não responderam a esta questão

1.2. Faixa etária

De notar que, mais de metade destes participantes (55,9%) têm uma idade inferior a 40 anos. A prevalência desta faixa etária poderá ser justificada pelo facto de o questionário ter sido disponibilizado na plataforma social *Facebook*, uma vez que é de conhecimento universal a sua maior utilização por faixas etárias mais novas.

Salienta-se ainda que, os enfermeiros que participaram são em média mais velhos que os médicos que participaram neste mesmo estudo ($\chi^2_{(2)} = 51,747$; $p < 0,001$), o que pode limitar a comparação e interpretação dos resultados entre as duas classes profissionais, pela diferença de gerações. Por outro lado, as mudanças de prática clínica que este estudo pode sugerir serão transgeracionais, sendo importante considerar todas as faixas etárias, desde que com atividade laboral ativa.

1.3. Tipo Organizacional da Unidade de Saúde

Obteve-se um maior número de respostas de enfermeiros e médicos que trabalham num tipo organizacional USF-B (51,0%), sendo que o facto de se caracterizar por um modelo onde o trabalho de equipa deve imperar, pode condicionar os resultados obtidos.

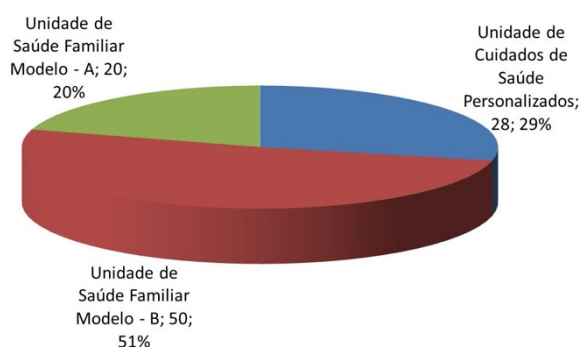


Gráfico 2 - Frequência e Percentagem dos participantes por tipo Organizacional

1.4. Áreas de especialização (além da licenciatura/mestrado)

No questionário foi avaliado se os participantes realizaram alguma especialização além da licenciatura/mestrado, incluindo cursos superiores a 30 horas, pós-graduações ou doutoramentos. Uma grande proporção (60,5%) respondeu afirmativamente, a destacar por ordem decrescente de frequência: a área de Diabetes (52,4%), Gestão de Saúde (28,6%), Abordagem do doente agudo (23,8%), Saúde Infantil (22,2%), Hipertensão (19,0%), Planeamento Familiar e Saúde Materna (7,9%) e Rastreios Populacionais (7,9%). A realização de pelo menos uma área de especialização é idêntica para os médicos e enfermeiros, o que significa que mesmo havendo participantes que realizaram mais que uma área de especialização, todos realizaram pelo menos uma.

A comparação da área de formação com a tipologia de consulta estudada no questionário será importante para compreender se esta formação poderá interferir nas respostas dadas por cada grupo profissional. Por outro lado, a maior especialização na área de Gestão de Saúde poderá compreender a maior necessidade de uma colaboração multiprofissional com o objetivo de tornar o sistema mais sustentável. Portanto, torna-se essencial diferenciar as áreas de especialização da amostra também por grupo profissional de forma a responder a esta questão (Tabela 1).

Pela análise da Tabela 1, verificamos que a especialização em Diabetes e Hipertensão é superior para os médicos e a especialização em Saúde Materna e em Gestão de Saúde é

superior para os enfermeiros, sendo as diferenças estatisticamente significativas.

De notar que a especialização em Saúde Infantil e Rastreios populacionais é também superior para os médicos, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 1 - Relação entre a área de especialização com o grupo profissional

	Enfermeiro(a) (N=48)	Médico(a) (N=56)	Qui-quadrado	p
Realizou alguma especialização	60,4%	60,7%	,001	0,975

	Enfermeiro(a) (N=29)	Médico(a) (N=34)	Qui-quadrado	p
Diabetes	27,6%	73,5%	13,244	*** 0,000
Saúde Materna	31,0%	8,8%	5,007	* 0,025
Saúde Infantil	13,8%	32,4%	2,972	0,085
Hipertensão	0,0%	41,2%	15,353	*** 0,000
Rastros populacionais	6,9%	8,8%	0,080	0,778
Abordagem do doente agudo	13,8%	41,2%	5,751	* 0,016
Gestão de Saúde	55,2%	23,5%	6,645	* 0,010

*** p < 0,001

** p < 0,01

* p < 0,05

2. Tipologia de consulta e acompanhamento profissional

Parece consensual por quase todos os participantes (98,1%) que, na sua atividade assistencial, haja um acompanhamento simultâneo entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. Será, no entanto, importante compreender se há diferenças nesta opinião mediante o tipo de consulta (Gráfico 3). Parece que este acompanhamento simultâneo é maior (por ordem decrescente) nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Diabetes, Planeamento Familiar e Hipertensão. Por sua vez, nas consultas de Rastreios populacionais universais, Cessação tabágica, Consulta aberta e de Patologia respiratória há um acompanhamento simultâneo baixo entre os dois grupos profissionais.

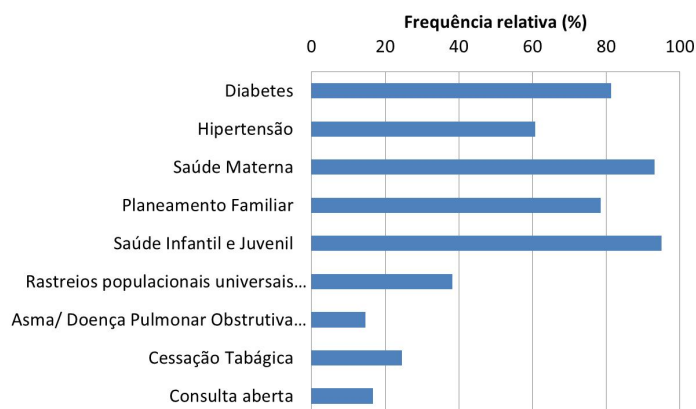


Gráfico 3 - Frequência relativa (%) do tipo de consulta(s) em que existe um acompanhamento simultâneo entre a equipa de enfermagem e médica

3. Áreas de consenso entre a equipa médica e de enfermagem na combinação de papéis

Neste ponto são avaliadas as áreas de consenso entre a equipa médica e de enfermagem na combinação de papéis na gestão de grupos de risco (Diabetes, Hipertensão e Patologia Respiratória), na gestão de grupos vulneráveis (Saúde Materna e Planeamento Familiar e Saúde Infantil e Juvenil) e dos Rastreiamentos Populacionais Universais.

Para cada tipologia de consulta foi analisado se os resultados variam com a profissão/carreira (enfermeiro, médico interno e médico especialista em Medicina Geral e Familiar) ou com o modelo organizativo onde cada participante exerce funções (UCSP, USF-A e USF-B).

3.1. Grupos de Risco

3.1.1. Diabetes Mellitus

Na área da **Diabetes Mellitus (DM)**, a maioria dos participantes (77,9%) considera útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica. Contudo, considerando a percentagem de inquiridos que concorda com esta afirmação, é superior no caso da profissão médica e inferior no caso dos enfermeiros ($p=0,001$) (Tabela 2). Se questionarmos quanto ao fato de os participantes só terem consulta médica a maioria é unânime em não concordar ($p=0,246$). Com a concordância da equipa médica (independente da carreira) nesta combinação de papéis, uma maior formação pela equipa de enfermagem não parece ser decisiva nesta decisão segundo a equipa de enfermagem ($p<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Diabetes

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	Enfermeiro	11	22,9	8	16,7	29	60,4	17,845 ** 0,001
	Médico Especialista	1	2,5	1	2,5	38	95,0	
	Médico Interno	0	0,0	2	12,5	14	87,5	
O utente só deveria ter consultas médicas	Enfermeiro	47	97,9	1	2,1	0	0,0	5,429 0,246
	Médico Especialista	38	95,0	1	2,5	1	2,5	
	Médico Interno	14	87,5	2	12,5	0	0,0	
Estou de acordo com a alínea 1 se houvesse maior formação pela equipa de enfermagem	Enfermeiro	33	68,8	11	22,9	4	8,3	30,874 *** 0,000
	Médico Especialista	6	15,0	21	52,5	13	32,5	
	Médico Interno	3	18,8	7	43,8	6	37,5	

Para as mesmas questões e quando analisada a variação com o tipo organizacional, parece também ser unânime entre todas a importância da consulta de enfermagem antes da consulta médica na área de Diabetes ($p=0,194$) (Tabela 3). Há, no entanto, diferenças de opinião na importância da formação da equipa de enfermagem, sendo superior nos modelos USF (Tabela 2) ($p=0,047$). Tal dado poderá estar relacionado com a motivação dos profissionais, condicionada também por incentivos, como já mencionado anteriormente.

Tabela 3 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Diabetes.

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	UCSP	4	14,3	1	3,6	23	82,1	6,066
	USF - B	5	10,0	7	14,0	38	76,0	0,194
	USF - A	1	5,0	0	0,0	19	95,0	
O utente só deveria ter consultas médicas	UCSP	26	92,9	2	7,1	0	0,0	5,379
	USF - B	48	96,0	2	4,0	0	0,0	0,251
	USF - A	19	95,0	0	0,0	1	5,0	
Estou de acordo com a alínea 1 se houvesse maior formação pela equipa de enfermagem	UCSP	14	50,0	11	39,3	3	10,7	9,615
	USF - B	18	36,0	22	44,0	10	20,0	* 0,047
	USF - A	7	35,0	4	20,0	9	45,0	

Foi também analisado que grupo profissional (médico, enfermeiro ou ambos) deve ser responsável pela vigilância de Diabetes Mellitus, mediante a sua classificação e complicações (DM tipo 1; DM tipo 2 sem complicações microvasculares e/ou macrovasculares; DM tipo 2 com complicações microvasculares e/ou macrovasculares; Diabetes Gestacional e Pré-Diabetes: Anomalia Glicemia em Jejum (AGJ) e Alteração da Tolerância à Glicose) e as respetivas opiniões. Na Tabela 4 estão representadas as respostas dos enfermeiros e médicos (internos e especialistas) e respetiva opinião quanto a quem deve fazer esta vigilância, sendo avaliadas as concordâncias entre as respostas obtidas.

Tabela 4 - Tipo de Diabetes vs. Vigilância por grupo profissional

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
DM tipo 1	Enfermeiro	0	0,0	1	2,1	47	97,9	6,812
	Médico Especialista	5	12,5	1	2,5	34	85,0	0,146
	Médico Interno	2	12,5	0	0,0	14	87,5	
DM tipo 2 sem complicações microvasculares e/ou macrovasculares	Enfermeiro	1	2,1	4	8,3	43	89,6	5,183
	Médico Especialista	5	12,5	3	7,5	32	80,0	0,269
	Médico Interno	2	12,5	0	0,0	14	87,5	
DM tipo 2 com complicações microvasculares e/ou macrovasculares	Enfermeiro	4	8,3	0	0,0	44	91,7	3,412
	Médico Especialista	7	17,5	1	2,5	32	80,0	0,491
	Médico Interno	2	12,5	0	0,0	14	87,5	
Diabetes Gestacional	Enfermeiro	1	2,1	1	2,1	46	95,8	7,584
	Médico Especialista	7	17,5	2	5,0	31	77,5	0,108
	Médico Interno	2	12,5	0	0,0	14	87,5	
Pré-Diabetes: Anomalia Glicemia em Jejum (AGJ) e Alteração da Tolerância à Glicose	Enfermeiro	1	2,1	2	4,2	45	93,8	7,874
	Médico Especialista	7	17,5	3	7,5	30	75,0	0,096
	Médico Interno	2	12,5	0	0,0	14	87,5	

Pela análise da tabela 4, nota-se um consenso nas respostas, onde tanto médicos e enfermeiros são da opinião que a vigilância de cuidados, de qualquer categorização de DM, deve ser feita por ambos.

Na área da Diabetes foram analisadas as áreas de consenso dos grupos profissionais para as atividades (Tabela 5):

- Diagnóstico;
- Prescrição de Medicação Crónica no doente controlado;
- Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico no doente controlado;
- Ajuste de fármacos (substituição, aumento e/ou diminuição de doses);
- Rastreio do pé diabético;
- Vigilância de hipoglicemias;
- Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem de comportamentos de risco);
- Referenciação para a URAP – Nutrição, se critérios elegíveis;
- Referenciação para a Consulta de Cessação Tabágica, se critérios elegíveis.

Tabela 5 - Áreas de consenso entre grupos profissionais na área da Diabetes

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
Diagnóstico	Enfermeiro	38	79,2			10	20,8	1,313
	Médico Especialista	35	87,5			5	12,5	0,519
	Médico Interno	14	87,5			2	12,5	
No doente controlado a prescrição de medicação crónica	Enfermeiro	26	54,2	3	6,3	19	39,6	18,608
	Médico Especialista	36	90,0	1	2,5	3	7,5	** 0,001
	Médico Interno	15	93,8	0	0,0	1	6,3	
No doente controlado, a prescrição de meios complementares de diagnóstico	Enfermeiro	31	64,6	2	4,2	15	31,3	15,249
	Médico Especialista	38	95,0	0	0,0	2	5,0	** 0,004
	Médico Interno	15	93,8	0	0,0	1	6,3	
Ajuste de fármacos (substituição, aumento e/ou diminuição das doses)	Enfermeiro	34	70,8	3	6,3	11	22,9	15,837
	Médico Especialista	39	97,5	0	0,0	1	2,5	** 0,003
	Médico Interno	16	100,0	0	0,0	0	0,0	
Rastreio pé diabético	Enfermeiro	0	0,0	23	47,9	25	52,1	7,833
	Médico Especialista	1	2,5	23	57,5	16	40,0	0,098
	Médico Interno	2	12,5	7	43,8	7	43,8	
Vigilância de hipoglicemias	Enfermeiro	2	4,2	19	39,6	27	56,3	3,710
	Médico Especialista	5	12,5	13	32,5	22	55,0	0,447
	Médico Interno	3	18,8	5	31,3	8	50,0	
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem comp. de risco)	Enfermeiro	1	2,1	19	39,6	28	58,3	8,170
	Médico Especialista	0	0,0	14	35,0	26	65,0	0,086
	Médico Interno	2	12,5	3	18,8	11	68,8	
Se necessário, referenciação para a URAP - Nutrição	Enfermeiro	4	8,3	7	14,6	37	77,1	8,621
	Médico Especialista	12	30,0	6	15,0	22	55,0	0,071
	Médico Interno	5	31,3	3	18,8	8	50,0	
Se necessário, referenciar a consulta de cessação tabágica	Enfermeiro	4	8,3	7	14,6	37	77,1	11,072
	Médico Especialista	13	32,5	4	10,0	23	57,5	0,026
	Médico Interno	6	37,5	3	18,8	7	43,8	

No que concerne ao Diagnóstico de DM o grupo de profissionais médicos (independentemente da carreira) bem como enfermeiros assumem que os médicos são os principais responsáveis por esta atuação. Nota-se, no entanto, que alguns enfermeiros assumem que essa responsabilidade poderá ser de ambos, mas a diferença de opiniões não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,519$).

Note-se que à luz da literatura em território nacional como visto previamente, há discordância no que confere ao ato da prescrição/ajuste de terapêutica como prescrição de exames complementares de diagnóstico. Os Médicos (independentemente da carreira) defendem que estas atividades devem ser realizadas exclusivamente por médicos, enquanto os enfermeiros consideram que ambos podem assumir essas responsabilidades ($p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,004$).

Já nas atividades de “Rastreio de pé diabético”, “Vigilância de hipoglicemias”, “Promoção de estilos saudáveis”, “referenciação para a URAP-Nutrição se critérios elegíveis” têm maior abertura pela equipa médica em atribuir responsabilidade neste papel à equipa de enfermagem ($p=0,098$, $p=0,447$, $p=0,086$ e $p=0,071$, respetivamente).

Também a referenciação à consulta de cessação tabágica é defendida pelos Médicos e Enfermeiros como sendo de ambos a responsabilidade desta referenciação. No entanto um número considerável de médicos especialistas atribui um maior papel ao médico neste campo, provavelmente por uma grande maioria tentar uma primeira abordagem (intervenção breve durante a consulta) previamente à referenciação ($p=0,026$).

3.1.2. Hipertensão

Os resultados na área da **Hipertensão (HTA)**, são semelhantes aos verificados na área de DM. A maioria (66,3%) concorda que é útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica. No entanto, há uma diferença significativa na opinião dos enfermeiros nesta dualidade face à visão dos médicos ($p=0,001$) (Tabela 6). Se questionarmos quanto ao fato de os participantes só terem consulta médica a maioria é também unânime em não concordar ($p=0,052$). Também aqui apesar de ambas as carreiras médicas concordarem nesta combinação de papéis, uma grande proporção defende que há uma maior necessidade de formação da equipa de enfermagem, com a equipa de enfermagem a não concordar com esta opinião ($p<0,001$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Hipertensão

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	Enfermeiro	13	27,1	10	20,8	25	52,1	17,904 ** 0,001
	Médico Especialista	3	7,5	3	7,5	34	85,0	
	Médico Interno	0	0,0	6	37,5	10	62,5	
O utente só deveria ter consultas médicas	Enfermeiro	44	91,7	3	6,3	1	2,1	32,396 0,052
	Médico Especialista	37	92,5	1	2,5	2	5,0	
	Médico Interno	12	75,0	4	25,0	0	0,0	
Estou de acordo com a alínea 1 se houvesse maior formação pela equipa de enfermagem	Enfermeiro	33	68,8	9	18,8	6	12,5	30,874 *** 0,000
	Médico Especialista	6	15,0	18	45,0	16	40,0	
	Médico Interno	2	12,5	7	43,8	7	43,8	

Para as mesmas questões e quando analisada a variação com o tipo organizacional, também é unânime entre todos a importância da consulta de enfermagem antes da consulta médica na área de Hipertensão ($p=0,220$) (Tabela 7). Também aqui há diferenças na importância da formação da equipa de enfermagem, sendo superior nas tipologias USF ($p=0,017$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Hipertensão

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	UCSP	6	21,4	2	7,1	20	71,4	5,731 0,220
	USF - B	6	12,0	12	24,0	32	64,0	
	USF - A	2	10,0	2	10,0	16	80,0	
O utente só deveria ter consultas médicas	UCSP	26	92,9	2	7,1	0	0,0	6,234 0,182
	USF - B	44	88,0	5	10,0	1	2,0	
	USF - A	18	90,0	0	0,0	2	10,0	
Estou de acordo com a alínea 1 se houvesse maior formação pela equipa de enfermagem	UCSP	15	53,6	6	21,4	7	25,0	12,058 * 0,017
	USF - B	16	32,0	23	46,0	11	22,0	
	USF - A	7	35,0	3	15,0	10	50,0	

Na área da Hipertensão foram analisadas as áreas de consenso dos grupos profissionais para as atividades (Tabela 8):

- Diagnóstico;
- Medição da Pressão Arterial (PA);
- Prescrição de Medicação Crónica no doente controlado;
- Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico no doente controlado;
- Ajuste de fármacos (substituição, aumento e/ou diminuição de doses);
- Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem de comportamentos de risco);

- Referenciação para a URAP – Nutrição, se critérios elegíveis;
- Referenciação para a Consulta de Cessação Tabágica, se critérios elegíveis.

Tabela 8 - Áreas de consenso entre grupos profissionais na área da Hipertensão

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Diagnóstico	Enfermeiro	39	81,3			9	18,8	0,429
	Médico Especialista	34	85,0			6	15,0	0,807
	Médico Interno	14	87,5			2	12,5	
Medição da Pressão Arterial	Enfermeiro	3	6,3	5	10,4	40	83,3	15,236
	Médico Especialista	2	5,0	15	37,5	23	57,5	** 0,004
	Médico Interno	2	12,5	8	50,0	6	37,5	
No doente controlado a prescrição de medicação crônica	Enfermeiro	28	58,3	4	8,3	16	33,3	8,737
	Médico Especialista	34	85,0	1	2,5	5	12,5	0,068
	Médico Interno	13	81,3	1	6,3	2	12,5	
No doente controlado, a prescrição de meios complementares de diagnóstico	Enfermeiro	34	70,8	2	4,2	12	25,0	11,014
	Médico Especialista	38	95,0	0	0,0	2	5,0	* 0,026
	Médico Interno	15	93,8	0	0,0	1	6,3	
Ajuste de fármacos (substituição, aumento e/ou diminuição das doses)	Enfermeiro	35	72,9	5	10,4	8	16,7	14,449
	Médico Especialista	39	97,5	0	0,0	1	2,5	** 0,006
	Médico Interno	16	100,0	0	0,0	0	0,0	
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem comp. de risco)	Enfermeiro	0	0,0	14	29,2	34	70,8	9,438
	Médico Especialista	1	2,5	11	27,5	28	70,0	0,051
	Médico Interno	2	12,5	1	6,3	13	81,3	
Se necessário, referenciação para a URAP - Nutrição	Enfermeiro	3	6,3	5	10,4	40	83,3	9,116
	Médico Especialista	11	27,5	4	10,0	25	62,5	0,058
	Médico Interno	4	25,0	3	18,8	9	56,3	
Se necessário, referenciar a consulta de cessação tabágica	Enfermeiro	3	6,3	5	10,4	40	83,3	11,637
	Médico Especialista	12	30,0	3	7,5	25	62,5	* 0,020
	Médico Interno	5	31,3	3	18,8	8	50,0	

No que concerne ao Diagnóstico de HTA o grupo de profissionais médicos (independentemente da carreira) bem como enfermeiros, à semelhança da DM, assumem que os médicos são os principais responsáveis por esta atuação. Nota-se, no entanto, que alguns enfermeiros assumem que essa responsabilidade poderá ser de ambos, mas a diferença de opiniões não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,807$).

Na área de HTA parece haver maior consenso de opiniões entre os dois grupos profissionais atribuindo o ato de prescrição de medicação crônica ao médico ($p=0,004$). Há, no entanto, diferença de opiniões no que confere ao ajuste de terapêutica como prescrição exames complementares de diagnóstico. Os Médicos (independentemente da carreira) defendem que estas atividades devem ser realizadas exclusivamente por médicos, enquanto os enfermeiros consideram que ambos podem assumir essas responsabilidades ($p=0,006$; $p=0,026$).

Na medição da Pressão Arterial os médicos consideram uma mais valia que este papel seja feito por ambos, sendo que os Médicos Especialistas se diferenciam ao considerar que

este pode só ser realizado pela Enfermagem ($p=0,004$).

Nos papéis “Promoção de estilos saudáveis” e “referenciação para a URAP-Nutrição se critérios elegíveis” têm maior abertura pela equipa médica em atribuir responsabilidade neste papel à equipa de enfermagem ($p=0,051$ e $p=0,058$, respetivamente).

Também na referenciação à consulta de cessação tabágica, tal como acontecia na área da DM, é defendida pelos Médicos e Enfermeiros como sendo de ambos a responsabilidade desta referenciação. Alguns médicos especialistas discordam desta opinião, provavelmente, pelo mesmo motivo referido previamente na consulta de DM ($p=0,020$).

3.1.3. Patologia respiratória crónica

Na área de **Patologia Respiratória Crónica** foram analisadas as áreas de consenso dos grupos profissionais para as atividades (Tabela 9):

- Explicação de manuseamento de dispositivos inalatórios;
- Referenciação à consulta de Cessação Tabágica, se critérios elegíveis.

Tabela 9 - Áreas de consenso entre grupos profissionais na área da Patologia Respiratória Crónica

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Explicação manuseamento de dispositivos inalatórios	Enfermeiro	2	4,2	10	20,8	36	75,0	3,739
	Médico Especialista	3	7,5	7	17,5	30	75,0	0,443
	Médico Interno	3	18,8	3	18,8	10	62,5	
Se necessário, referenciar a consulta de Cessação Tabágica	Enfermeiro	3	6,3	3	6,3	42	87,5	13,571
	Médico Especialista	12	30,0	1	2,5	27	67,5	** 0,009
	Médico Interno	6	37,5	2	12,5	8	50,0	

Quanto à explicação do manuseamento de dispositivos inalatórios a maioria dos médicos (independentemente da carreira) e enfermeiros está de acordo que a responsabilidade é de ambos os grupos profissionais ($p=0,443$).

Também na referenciação à consulta de cessação tabágica é defendida pelos Médicos e Enfermeiros como sendo de ambos a responsabilidade desta referenciação, tal como acontecia na consulta de DM e HTA, há diferenças na opinião de alguns médicos especialistas, que consideram que deve ser realizada pelo médico ($p=0,009$).

3.2. Grupos Vulneráveis

3.2.1. Saúde Materna e Planeamento Familiar

Na área de **Saúde Materna (SM)**, a maioria dos participantes independentemente do grupo profissional e do tipo de carreira considera útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica, apesar de alguns enfermeiros não estar de acordo com esta dualidade ($p=0,003$). A maioria dos participantes considera ainda imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver acompanhamento em consulta de especialidade de Obstetrícia ($p=0,048$) (Tabela 10). Apesar da profissão médica (interno e especialista) defender a mutualidade de papéis, a equipa médica considera que há necessidade de uma maior necessidade de formação da equipa de enfermagem, ao contrário da enfermagem que não sente essa necessidade de formação ($p<0,001$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Saúde Materna

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	Enfermeiro	8	16,7	8	16,7	32	66,7	15,778 ** 0,003
	Médico Especialista	1	2,5	0	0,0	39	97,5	
	Médico Interno	0	0,0	2	12,5	14	87,5	
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Obstetrícia	Enfermeiro	6	12,5	3	6,3	39	81,3	9,597 0,058
	Médico Especialista	1	2,5	2	5,0	37	92,5	
	Médico Interno	1	6,3	4	25,0	11	68,8	
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	Enfermeiro	19	39,6	12	25,0	17	35,4	13,482 ** 0,009
	Médico Especialista	5	12,5	11	27,5	24	60,0	
	Médico Interno	1	6,3	7	43,8	8	50,0	

Para a análise de variação com o tipo organizacional, parece também ser unânime entre todos a importância da consulta de enfermagem antes da consulta médica na área de Saúde Materna ($p=0,108$) (Tabela 11). Porém, a maioria, independentemente do tipo organizacional defende que o seguimento pelo médico em grávidas sem seguimento em Obstetrícia é crucial, mas parece haver diferenças entre a tipologia USF comparativamente às UCSP ($p=0,025$). Também nesta área a necessidade de maior formação parece não diferenciar com o tipo organizacional ($p=0,225$).

Tabela 11- Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Saúde Materna

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	UCSP	4	14,3	1	3,6	23	82,1	7,578
	USF - B	2	4,0	7	14,0	41	82,0	0,108
	USF - A	1	5,0	0	0,0	19	95,0	
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Obstetrícia	UCSP	6	21,4	1	3,6	21	75,0	11,159
	USF - B	2	4,0	6	12,0	42	84,0	* 0,025
	USF - A	0	0,0	1	5,0	19	95,0	
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	UCSP	8	28,6	10	35,7	10	35,7	5,674
	USF - B	10	20,0	15	30,0	25	50,0	0,225
	USF - A	5	25,0	2	10,0	13	65,0	

Na área de **Planeamento Familiar (PF)**, a maioria dos participantes independentemente do grupo profissional e do tipo de carreira considera útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica, mas há semelhança dos grupos anteriores, alguns enfermeiros não concordarem com esta dualidade ($p=0,003$) (Tabela 12). A maioria dos participantes considera imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver acompanhamento em consulta de especialidade de Ginecologia, com alguns enfermeiros a não concordar neste ponto à semelhança do anterior ($p=0,037$) (Tabela 12).

Tabela 12 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Planeamento Familiar

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	Enfermeiro	12	25,0	10	20,8	26	54,2	15,749
	Médico Especialista	2	5,0	3	7,5	35	87,5	** 0,003
	Médico Interno	0	0,0	2	12,5	14	87,5	
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Ginecologia	Enfermeiro	11	22,9	3	6,3	34	70,8	10,202
	Médico Especialista	5	12,5	9	22,5	26	65,0	* 0,037
	Médico Interno	2	12,5	6	37,5	8	50,0	
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	Enfermeiro	19	39,6	17	35,4	12	25,0	16,192
	Médico Especialista	5	12,5	12	30,0	23	57,5	** 0,003
	Médico Interno	1	6,3	8	50,0	7	43,8	

Para a análise de variação com o tipo organizacional, parece também ser unânime entre todos a importância da consulta de enfermagem antes da consulta médica na área de Planeamento Familiar e, apesar não haver diferenças estatisticamente significativas parece ser superior na USF-A comparativamente a USF-B ($p=0,163$) (Tabela 13). Porém, a maioria, independentemente do tipo organizacional defende que o seguimento pelo médico em grávidas sem seguimento em Ginecologia é crucial, mas tende a ser mais importante nas USF-A e UCSP ($p=0,208$).

Tabela 13 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Planeamento Familiar

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$ p
		N	%	N	%	N	%	
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	UCSP	5	17,9	5	17,9	18	64,3	6,522
	USF - B	6	12,0	8	16,0	36	72,0	0,163
	USF - A	1	5,0	0	0,0	19	95,0	
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Ginecologia	UCSP	6	21,4	1	3,6	21	75,0	5,885
	USF - B	9	18,0	11	22,0	30	60,0	0,208
	USF - A	2	10,0	5	25,0	13	65,0	
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	UCSP	7	25,0	13	46,4	8	28,6	6,468
	USF - B	9	18,0	19	38,0	22	44,0	0,167
	USF - A	6	30,0	3	15,0	11	55,0	

No grupo de Planeamento Familiar, a formação de enfermagem parece ser um fator a melhorar, independentemente do tipo organizacional, ao contrário do que se verificava com a DM, HTA e SM.

Na área de **Saúde Materna e Planeamento Familiar** foram analisadas as áreas de consenso dos grupos profissionais para as atividades (Tabela 14):

- Realização de citologia cervicovaginal;
- Aconselhamento do melhor método contraceutivo;
- Realização de consulta/aconselhamento de pré-conceção;
- Prescrição de Meios complementares de diagnóstico de acordo com o Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de baixo risco;
- Prescrição de suplementação de acordo com o Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de baixo risco;
- Requisição de cheque-dentista na grávida;
- Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem de comportamentos de risco);
- Referenciação para a URAP – Nutrição, se critérios elegíveis;
- Referenciação à consulta de Cessação Tabágica se critérios elegíveis.

Tabela 14 - Áreas de consenso entre grupos profissionais nas áreas de Saúde Materna e Planejamento Familiar

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Realização de citologia cervino-vaginal	Enfermeiro	25	52,1	3	6,3	20	41,7	14,020
	Médico Especialista	32	80,0	0	0,0	8	20,0	** 0,007
	Médico Interno	13	81,3	2	12,5	1	6,3	
Aconselhamento do melhor método contraceptivo	Enfermeiro	2	4,2	5	10,4	41	85,4	24,092
	Médico Especialista	17	42,5	0	0,0	23	57,5	0,000
Consulta de pré-concepção	Médico Especialista	7	43,8	2	12,5	7	43,8	
	Enfermeiro	2	4,2	3	6,3	43	89,6	27,549
	Médico Especialista	15	37,5	0	0,0	25	62,5	0,000
Prescrição de Meios compl. de diagn. de acordo com o Progr. Nac. de Vigilância de Gravidez de baixo risco	Médico Especialista	9	56,3	2	12,5	5	31,3	
	Enfermeiro	24	50,0	12	25,0	12	25,0	15,625
	Médico Especialista	34	85,0	3	7,5	3	7,5	** 0,004
Prescrição de suplementação	Médico Especialista	13	81,3	3	18,8	0	0,0	
	Enfermeiro	19	39,6	9	18,8	20	41,7	18,483
	Médico Especialista	33	82,5	2	5,0	5	12,5	** 0,001
Requisição cheque dentista	Médico Especialista	12	75,0	1	6,3	3	18,8	
	Enfermeiro	14	29,2	5	10,4	29	60,4	4,940
	Médico Especialista	16	40,0	3	7,5	21	52,5	0,293
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem comport. de risco)	Médico Especialista	8	50,0	3	18,8	5	31,3	
	Enfermeiro	4	8,3	15	31,3	29	60,4	13,026
	Médico Especialista	0	0,0	6	15,0	34	85,0	0,211
Se necessário, referência para a URAP - Nutrição	Médico Especialista	2	12,5	0	0,0	14	87,5	
	Enfermeiro	2	4,2	5	10,4	41	85,4	5,993
	Médico Especialista	8	20,0	3	7,5	29	72,5	0,200
Se necessário, referenciar a consulta de cessação tabágica	Médico Especialista	3	18,8	2	12,5	11	68,8	
	Enfermeiro	3	6,3	5	10,4	40	83,3	13,611
	Médico Especialista	10	25,0	2	5,0	28	70,0	** 0,009
	Médico Interno	7	43,8	2	12,5	7	43,8	

No que concerne a realização da citologia cervicovaginal, os médicos (independentemente da carreira) consideram que este deve ser um ato médico, enquanto os enfermeiros se dividem, com a maioria a concordar que será um ato médico ($p=0,007$).

No aconselhamento do melhor método contraceptivo, a maioria dos enfermeiros consideram que esta atividade deve ser realizada por ambos, mas um número significativo a não concordar e a considerar que deve ser um papel médico ($p<0,001$). Para a consulta de pré-concepção, parece haver um consentimento de que ambos devem desempenhar este papel ($p<0,001$).

Na área de Saúde Materna, parece haver diferenças de opiniões no que confere ao ato da prescrição de exames complementares de diagnóstico e prescrição de suplementação, onde a maioria dos médicos considera ser um ato médico e uma grande proporção de enfermeiros considerar que pode ser feita por ambos, ou exclusivamente pela enfermagem ($p=0,004$).

Já na requisição do cheque dentista, na promoção de estilos saudáveis, referência para a URAP-Nutrição, verifica-se uma dualidade de papéis, onde os médicos

(independentemente da carreira) e os enfermeiros, consideram que deve ser uma responsabilidade mútua ($p=0,293$; $p=0,051$; $p=0,058$ e $p=0,020$).

Na referenciação à consulta de cessação tabágica apesar da maioria concordar no papel de ambos os grupos profissionais, à semelhança dos grupos anteriores, também aqui os Médicos Especialistas parecem atribuir maior papel aos médicos ($p=0,009$).

3.2.2. Saúde Infantil e Juvenil

Na área de **Saúde Infantil e Juvenil (SIJ)**, a maioria dos participantes independentemente do grupo profissional e do tipo de carreira considera útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica, mas há semelhança dos grupos anteriores, alguns enfermeiros não concordarem com esta dualidade ($p=0,001$). No entanto, é de consenso de ambos os grupos, que é imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver acompanhamento em consulta de especialidade de Pediatria ($p=0,048$) (Tabela 15). A equipa de enfermagem considera que não é essencial mais formação nesta área para exercer esta área de atividade, ao contrário da opinião médica ($p=0,009$).

Tabela 15 - Combinação de papéis entre o grupo médico e de enfermagem na área de Saúde Infantil e Juvenil

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	Enfermeiro	10	20,8	8	16,7	30	62,5	19,718 ** 0,001
	Médico Especialista	0	0,0	1	2,5	39	97,5	
	Médico Interno	0	0,0	3	18,8	13	81,3	
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Pediatria	Enfermeiro	9	18,8	5	10,4	34	70,8	5,173 0,270
	Médico Especialista	2	5,0	3	7,5	35	87,5	
	Médico Interno	1	6,3	2	12,5	13	81,3	
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	Enfermeiro	21	43,8	17	35,4	10	20,8	15,462 ** 0,009
	Médico Especialista	5	12,5	15	37,5	20	50,0	
	Médico Interno	2	12,5	8	50,0	6	37,5	

Para as mesmas questões e quando analisada a variação com o tipo organizacional, é unânime entre todos a importância da consulta de enfermagem antes da consulta médica na área da Saúde Infantil e Juvenil ($p=0,381$) bem como a vigilância imprescindível pela equipa médica se o utente não tiver seguimento em Pediatria ($p=0,136$) (Tabela 16). Parece haver discrepâncias na opinião de necessidade de formação pela equipa de enfermagem, mas não depende do tipo organizacional ($p=0,234$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Combinação de papéis vs. Tipo Organizacional na área de Saúde Infantil e Juvenil

		Não concordo		Neutro		Concordo		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	UCSP	3	10,7	2	7,1	23	82,1	4,190
	USF Modelo - B	5	10,0	7	14,0	38	76,0	0,381
	USF Modelo - A	0	0,0	1	5,0	19	95,0	
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Pediatria	UCSP	6	21,4	1	3,6	21	75,0	7,002
	USF Modelo - B	6	12,0	6	12,0	38	76,0	0,136
	USF Modelo - A	0	0,0	1	5,0	19	95,0	
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	UCSP	9	32,1	12	42,9	7	25,0	5,571
	USF Modelo - B	10	20,0	22	44,0	18	36,0	0,234
	USF Modelo - A	6	30,0	4	20,0	10	50,0	

Na área de **Saúde Infantil e Juvenil** foram analisadas as áreas de consenso dos grupos profissionais para as atividades (Tabela 17):

- Acompanhamento do Plano Nacional de Vacinação;
- Vigilância de crianças em idade chave, se já tiver vigilância por pediatra;
- Vigilância de crianças em idade chave, se não tiver vigilância por pediatra;
- Requisição de Cheque dentista nas idades chave;
- Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem de comportamentos de risco).

Tabela 17 - Áreas de consenso entre grupos profissionais nas áreas de Saúde Infantil e Juvenil

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Plano Nacional de Vacinação	Enfermeiro	0	0,0	35	72,9	13	27,1	13,343
	Médico Especialista	1	2,5	18	45,0	21	52,5	* 0,010
	Médico Interno	2	12,5	8	50,0	6	37,5	
Vigilância de crianças na idade chave, se já tiver vigilância por pediatra	Enfermeiro	1	2,1	17	35,4	30	62,5	13,511
	Médico Especialista	8	20,0	17	42,5	15	37,5	** 0,009
	Médico Interno	5	31,3	4	25,0	7	43,8	
Vigilância de crianças na idade chave, se não tiver vigilância por pediatra	Enfermeiro	6	12,5			42	87,5	2,600
	Médico Especialista	10	25,0			30	75,0	0,273
	Médico Interno	4	25,0			12	75,0	
Cheque dentista	Enfermeiro	15	31,3	3	6,3	30	62,5	6,968
	Médico Especialista	14	35,0	7	17,5	19	47,5	0,138
	Médico Interno	7	43,8	4	25,0	5	31,3	
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, comportamentos de risco)	Enfermeiro	1	2,1	13	27,1	34	70,8	6,235
	Médico Especialista	1	2,5	9	22,5	30	75,0	0,182
	Médico Interno	2	12,5	1	6,3	13	81,3	

No acompanhamento do Plano Nacional de Vacinação existe uma priorização do papel de enfermagem, onde a maioria dos enfermeiros e médicos internos a considerar que deve

ser da responsabilidade dos primeiros, contrariamente aos médicos especialistas que assumem que a responsabilidade deve ser de ambos ($p=0,010$).

De forma semelhante acontece na vigilância de crianças em idades chave se tiver vigilância por pediatra, onde a maioria dos enfermeiros e médicos internos assume que deve ser feita por ambos, mas com uma considerável proporção de enfermeiros e médicos especialistas a defender que pode ser assegurada exclusivamente por enfermeiros ($p=0,009$). Diferente acontece quando a criança não tem uma vigilância por pediatra, havendo uma tendência para a valorização do papel médico nesta avaliação ($p=0,273$).

À semelhança do que acontecia nos outros grupos a prescrição do cheque-dentista e a promoção dos estilos saudáveis deverá ser uma tarefa tanto dos médicos como dos enfermeiros ($p=0,182$).

3.3. Rastreios Populacionais Universais

Na área de **Rastreios Populacionais Universais** foram analisadas as áreas de consenso dos grupos profissionais para as atividades (Tabela 19):

- Colheita dos Kits de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF);
- Se indicação para realizar colonoscopia, aconselhamento cuidados Pré-Colonosopia;
- Realização de citologia cervicovaginal;
- Atualização de mamografia de rastreio.

Tabela 18 - Áreas de consenso entre grupos profissionais nas áreas de Rastreios Populacionais Universais

		Médico		Enfermeiro		Ambos		$\chi^2_{(4)}$
		N	%	N	%	N	%	p
Colheita dos Kits de PSOF	Enfermeiro	11	22,9	4	8,3	33	68,8	64,071 *** 0,000
	Médico Especialista	4	10,0	33	82,5	3	7,5	
	Médico Interno	0	0,0	15	93,8	1	6,3	
Se indicação para realizar Colonoscopia, aconselhamento cuidados Pré-Colonosopia	Enfermeiro	6	12,5	6	12,5	36	75,0	20,872 *** 0,000
	Médico Especialista	8	20,0	20	50,0	12	30,0	
	Médico Interno	4	25,0	6	37,5	6	37,5	
Realização de citologia cervino-vaginal	Enfermeiro	22	45,8	3	6,3	23	47,9	18,317 ** 0,001
	Médico Especialista	31	77,5	1	2,5	8	20,0	
	Médico Interno	14	87,5	2	12,5	0	0,0	
Atualização de Mamografia de Rastreio	Enfermeiro	25	52,1	4	8,3	19	39,6	2,394 0,664
	Médico Especialista	23	57,5	4	10,0	13	32,5	
	Médico Interno	11	68,8	2	12,5	3	18,8	

A maioria dos enfermeiros considera que a colheita dos kits de PSOF e o aconselhamento de cuidados Pré-colonoscopia poderá ser da responsabilidade de ambos, porém os médicos parecem atribuir esta responsabilidade apenas aos enfermeiros ($p=0,000$ e $p=0,000$, respetivamente).

Já na realização da citologia cervicovaginal os enfermeiros dividem-se: uns assumem que a realização pode ser feita por ambos, outros defendem que deverá ser o médico a realizar. Porém, os médicos (independentemente da carreira) consideram que deverá ser um ato essencialmente médico ($p=0,001$).

Na atualização de Mamografia de Rastreio tanto médicos como enfermeiros, na sua maioria, estão de acordo ao consideram que deve ser um ato médico ($p=0,664$).

4. Avaliação dos Níveis de Desempenho, Tipo Organizacional e as Áreas de Consenso

Na análise da correlação entre as áreas onde há maior consenso quanto à possibilidade de combinação de papéis e os níveis de desempenho das Unidades Funcionais, uma vez que não foi obtida autorização formal da ACSS na análise individual dos níveis de desempenho das UF dos participantes, apenas foi possível usar os dados disponíveis na plataforma (BI-CSP), disponíveis abertamente a qualquer cidadão (BI-CSP, 2020).

Nesta avaliação foram recolhidos os níveis de desempenho referentes a Julho de 2020, relativos ao primeiro mês no qual foi realizado o questionário (Tabela 19).

Tabela 19 - Índice de Desempenho Global (IDG) e tipo organizacional, com respetivas Unidades Matriz (Julho 2020)

Tipo organizacional	UCSP	USF-A	USF-B
Mediana de IDG	48,20	58,10	69,80
Diabetes Mellitus*	45,50	72,30	86,40
Hipertensão Arterial*	58,30	83,30	91,70
Doenças do Aparelho Respiratório*	40,0	75,0	75,0
Saúde da Mulher*	40,0	70,0	85,0
Saúde Infantil e Juvenil*	75,0	100,0	100,0

**Unidades Matriz*

Estes dados aproximam-se do estudo de âmbito nacional já mencionado (Azevedo, 2016), onde os melhores resultados tendem a pertencer por ordem decrescente às USF-B, USF-A, e por último UCSP. De notar que o alargamento de processos de contratualização às UCSP e uma aproximação do seu modelo organizativo ao das USF podem estar a atenuar as diferenças de desempenho entre as três tipologias atualmente em vigor, no entanto ainda com uma grande disparidade entre as três, tal como se visualiza pela Tabela 19.

Pela análise do nosso questionário, não se verificam grandes discrepâncias na relevância do trabalho de equipa entre tipo organizacional. Porém, indicia sim, uma necessidade de maior formação da enfermagem em determinadas áreas clínicas, essencialmente ao nível das USF, mas que poderá estar dependente do grau motivacional das equipas. Seria importante no futuro, compreender se os melhores resultados de níveis de desempenho se traduzem individualmente por uma maior eficiência em cada área assistencial, e de forma pormenorizada, compreender a sua correlação com as áreas de consenso.

Capítulo IV:
Discussão dos Resultados

Na área de **Diabetes Mellitus** está presente a necessidade da dualidade de papéis na consulta assistencial, com ambas as classes profissionais a atribuir importância à avaliação pela enfermagem previamente a consulta como essencial. Esta combinação de papéis assume-se como relevante em todas as classificações de DM. De notar, que esta opinião, não parece diferenciar com o tipo organizacional. Porém, há diferenças na percepção da necessidade de formação pela equipa de enfermagem, e parece ser superior nos modelos USF comparativamente às UCSP. Este último resultado poderá ser justificado por uma menor motivação dos profissionais à formação, pela ausência de incentivos de desempenho. No que concerne ao diagnóstico da patologia, a maioria dos médicos como dos enfermeiros assumem que este deverá ser responsabilidade da equipa médica. Já na prescrição/ajuste de terapêutica a opinião não é consensual entre os dois grupos profissionais, sendo de salientar que a equipa médica está certa de que este é um papel da sua responsabilidade. Por outro lado, o rastreio de pé diabético; a vigilância de hipoglicemias, a promoção de estilos saudáveis e a referência para a URAP-Nutrição, são atividades que ambos parecem concordar que pode ser assumida por qualquer uma das classes. Na referência a consulta de cessação tabágica, e à semelhança do que se verificou nos grupos estudados posteriormente) apesar de ambos os grupos profissionais se responsabilizar por esta atividade, parece haver uma maior conotação pelos médicos especialistas ao papel do médico nesta abordagem. Isto poderá ser justificado, pela constante avaliação prévia de todos os fumadores durante a consulta e consequente atuação de acordo com os níveis de intervenção. Note-se ainda que a maioria dos fumadores não carece de referência para consultas intensivas de cessação tabágica, podendo ser acompanhados ao longo das consultas médicas.

Na área de **Hipertensão**, à semelhança da DM, as duas classes atribuem relevância à avaliação de enfermagem comparativamente à médica, independentemente do tipo organizacional. Na percepção da necessidade de formação pela equipa de enfermagem, parece ser superior nos modelos USF comparativamente às UCSP, à semelhança da área de DM. Também nesta área, o diagnóstico da patologia (tanto pelos médicos como enfermeiros) deve ser da responsabilidade dos médicos. Porém, há discordância no que confere ao ato da prescrição/ajuste de terapêutica como prescrição exames complementares de diagnóstico, com os enfermeiros a considerar que poderão assumir essa atividade e a maioria dos médicos a considerar que é um ato médico exclusivo. Na medição da Pressão Arterial, alguns médicos consideram que pode ser realizado por ambos, ou mesmo só pela enfermagem

(provavelmente para minimizar os efeitos amplamente conhecidos de HTA de bata branca). A promoção de estilos saudáveis e a referência para a URAP-Nutrição são atividades que ambos parecem concordar que pode ser assumida por qualquer uma das classes.

Na área de **Patologia Respiratória Crônica**, cada vez mais preocupante pelo número crescente de patologias respiratórias crônicas a nível nacional, decorrentes tanto da exposição ao fumo do tabaco como da maior acuidade diagnóstica, as atividades como a explicação do manuseamento de dispositivos inalatórios poderão ser realizadas por ambas, permitindo uma maior intervenção nesta área.

Na área de **Saúde Materna e Planeamento Familiar** também se atribui importância ao papel da avaliação por enfermagem antes da consulta médica, independentemente do tipo organizacional. Ambas as classes concordam que a avaliação pela equipa médica é imprescindível, se ausência de acompanhamento por Especialidade de Obstetrícia, porém se ausência de acompanhamento por Ginecologia alguns enfermeiros discordam desta necessidade. Na área de Planeamento Familiar, ao contrário do que se verificava com a DM e HTA, a formação de enfermagem parece ser um fator a melhorar, independentemente do tipo organizacional. Quando avaliadas as atividades específicas, na realização da citologia cervicovaginal a maioria dos médicos e enfermeiros considera ser um ato médico, no entanto parece não haver consenso entre o grupo de enfermagem. Na área de saúde materna, ao contrário das anteriores, parece haver discordância no confere ao ato da prescrição de exames complementares de diagnóstico e prescrição de suplementação, onde a maioria dos médicos considera ser um ato médico e a maioria dos enfermeiros considerar poder ser feita por ambos, ou exclusivamente por enfermagem. Já no aconselhamento do melhor método contraceptivo, o acompanhamento da consulta de pré-conceção, a requisição do cheque dentista, a promoção de estilos saudáveis, a referência para a URAP-Nutrição, assumem uma responsabilidade mútua, tanto pelos médicos (independentemente da carreira) como pelos enfermeiros.

Na área de **Saúde Infantil e Juvenil**, há também destaque para o trabalho de equipa com a avaliação de enfermagem a ser realizada previamente à médica, de acordo com a opinião dos médicos e enfermeiros, independentemente do tipo organizacional. Também aqui ambas as classes consideram imprescindível a observação médica se não acompanhamento do

utente pela especialidade de Pediatria, independentemente do tipo organizacional. Nesta área verificam-se discrepâncias na opinião de necessidade de formação pela equipa de enfermagem, mas não é, por sua vez, dependente do tipo organizacional. Quando avaliadas as atividades específicas, acompanhamento do PNV conclui-se haver uma priorização do papel de enfermagem, mesmo pela equipa médica. Quando o utente não tem pediatra há uma tendência para valorização do médico nesta avaliação, o mesmo não se verificando se for vigiada por pediatra, onde a vigilância poderá ser feita por ambos.

À semelhança do que acontecia nos outros grupos a prescrição do cheque-dentista e a promoção dos estilos saudáveis poderá ser uma tarefa tanto dos médicos como dos enfermeiros.

Na área de **Rastreios Populacionais Universais**, pela análise das atividades específicas, na realização da citologia cervicovaginal, a opinião dos enfermeiros não é consensual, uns assumindo que poderá ser realizada por ambos e outros a defender que é um ato médico. Há, no entanto, uma atribuição de responsabilidade dos médicos aos enfermeiros na área do rastreio do cancro do colon rectal, onde consideram que a colheita dos kits de PSOF e o aconselhamento de cuidados Pré-colonosopia, poderá ser alocada apenas à equipa de enfermagem. Pelo contrário, na prescrição da mamografia de rastreio parece ser consensual a sua atribuição como um ato médico.

O conhecimento detalhado destas áreas de consenso, vem corroborar alguns dados prévios da literatura na discrepância de opiniões entre as duas equipas. Porém, também traduz várias atividades de consenso que poderão traduzir, se assim realizadas, numa maior eficiência dos recursos, e assim, ganhos em saúde, no desenvolvimento de um SNS mais sustentável.

Escasseiam os dados de níveis de desempenho por unidade funcional de cada participante, de forma a perceber a correlação entre os resultados obtidos e o desempenho do tipo organizacional respetivo. De notar, porém, que nem sempre este índice de desempenho traduz uma maior eficiência, tal como referido previamente. Mas poderá ser um indicador indireto da monitorização dos cuidados diários de saúde. Tal informação é corroborada, por esta investigação, onde o trabalho de equipa e a perceção da combinação de papéis parece ser independente do tipo organizacional.

De notar ainda, que a análise deste *skill mix* entre médicos e enfermeiros, tem que ser

continuamente ajustada à sua aplicabilidade e exequibilidade política e organizacional (pela constante evolução das carreiras profissionais) e respetiva formação, mas que poderá trazer um enorme potencial não só em termos de eficiência e qualidade, mas como a um impacto económico significativo, pela luta de um SNS sustentável.

Referências

- ACSS. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/home.aspx>.
<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biselfservice/Paginas/home.aspx>
- Alma-Ata, C. d. (1978).
Declaração de Alma-Ata – Saúde para Todos no Ano 2000. Paper presented at the Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, Alma-Ata, Casaquistão, URSS.
- Almeida, L. M. d. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública*, 23(1).
- Azevedo, M. (2016). *Efeito da mudança do modelo organizacional nos resultados dos indicadores de desempenho não incentivados em Cuidados de Saúde Primários*. Universidade do Porto, Faculdade de Economia do Porto.
- Barros, P. (2018). *Economia da Saúde*. Almedina Ed.
- BI-CSP. (2020). Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>. from SNS <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Biscaia, A. R. (2008). *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*: Padrões Culturais Editora.
- Cassiani, S. H. D. B., Fernandes, M. N. d. F., Reveiz, L., Filho, J. R. F., & da Silva, F. A. M. (2020). Skill mix of nurses and primary health care professionals: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*.
- Contas, T. d. (2014). *Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from Lisboa:
Decreto-Lei n.º 71/2019. Diário da República n.º 101/2019
Decreto-Lei n.º 104/98. Diário da República: Diário da República n.º 93/1998
Decreto-Lei n.º 413/71. Diário do Governo n.º 228/1971
Despacho Normativo n.º 97/83. Diário da República n.º 93/1983
- ERS. (2016). Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidado de Saúde Personalizados. *Entidade Reguladora da Saúde*. Retrieved from [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS -
_Estudo_USF_e_UCSP_-_final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final.pdf)
- FNAM. (2016). [Press release]. Retrieved from

<https://fnam.pt/files/2016/09/cartaSEAMS-Ato-Medico.pdf>

Graça, L. (1992). Trabalho em equipa uma nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 5-18.

Henriques, I. (2016). *Benchmarking nos Cuidados de Saúde Primários na Região Centro*
Universidade do Porto, Faculdade de Economia do Porto.

Lei n.º 48/90. Diário da República n.º 195/1990

Lei n.º 56/79. Diário da República n.º 214/1979

Lei n.º 95/2019. Diário da República n.º 169/2019

Lei n.º 56/79. (2357). Diário da República 1979-09-15

Maier, C. B., Batenburg, R., Birch, S., Zander, B., Elliott, R., & Busse, R. (2018). Health workforce planning: which countries include nurse practitioners and physician assistants and to what effect? *Health Policy*, 122(10), 1085-1092.

OCDE. (2020). Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

OE. (2002). *A cada família o seu enfermeiro.*, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

OE. (2011). *Regulamento n.º 127/2011*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011: Ordem dos Enfermeiros

OE. (2018a). *Regulamento n.º 422/2018*. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018: Ordem dos Enfermeiros

OE. (2018b). *Regulamento n.º 428/2018*. Diário da República

OE. (2019). *Regulamento n.º 140/2019* Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019: Ordem dos Enfermeiros

OM. (2017). *Regulamento n.º 707/2016*. Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21

OM. (2019). *Regulamento n.º 698/2019*.

OMS. (1998). *Health 21 – health for all in the 21st century*. Retrieved from WHO Library Cataloguing in Publication Data:

<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/>

OMS. (2008). *Relatório mundial de saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca.* . Retrieved from Retrieved from Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.:

OMS. (2012). Primary health care. World Health Organization.

PAHO. (2018). *Expanding the roles of nurses in Primary Health Care.* . Pan American Health Organization.

- Pearce, C., Hall, S., Phillips, C., Dwan, K., Yates, R., & Sibbald, B. (2012). A spatial analysis of the expanding roles of nurses in general practice. *BMC nursing*(11), 13-13.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse : frameworks for practic.*
- Sinclair, A. (2014). Workforce Planning: a literature review. Retrieved from <https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/mp37.pdf>. Retrieved Julho 2020 <https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/mp37.pdf>
- Temido, M. A. F. B., Craveiro, I., & Dussault, G. (2015). Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem %J Revista de Enfermagem Referência. *serIV*, 75-85. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000600009&nrm=iso
- Temido, M. A. F. B., Craveiro, I., Dussault, G., Buchan, J., Fronteira, I., & Lapão, L. (2013). Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal %J Revista Latino-Americana de Enfermagem. *21*, 38-46. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700006&nrm=iso
- USF-AN. (2015). *O Momento Atualda Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2014/2015 - Questionário aos coordenadores de USF*. Retrieved from <https://app.box.com/s/ada3thx84hy1csetc4jczvwoekjdg4x>

Anexos

ANEXO I: QUESTIONÁRIO

Estudo de Investigação - "Viabilidade da combinação de papéis médicos e de enfermagem na Região Norte: análise de áreas de consenso"

Venho por este meio pedir a sua colaboração, como médica e aluna do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, no projeto de dissertação “Viabilidade da combinação de papéis médicos e de enfermagem na Região Norte: análise das áreas de consenso”.

O estudo que consiste em analisar o papel Enfermeiro/Médico na Região Norte e respetivas áreas de consenso, sugerindo algumas estratégias para que esta dualidade seja frutífera para o objetivo pela qual existe: o utente.

Para tal, conto com a sua colaboração através do preenchimento do questionário em anexo, com a certeza de que a sua contribuição irá ter um valor acrescentado.

É garantida a confidencialidade e o uso exclusivo de todos os dados recolhidos para este estudo e análise estatística, não tornando pública a identificação dos participantes.

A sua colaboração no preenchimento do questionário é preciosa e deverá atender às funções que exerce no seu serviço, e às suas expectativas sobre o seu desempenho profissional.

O questionário é composto por duas partes:

Na Secção A, peço-lhe que responda a todas as questões, com a total garantia do seu anonimato.

Na Secção B, vou pedir-lhe que responda sistematicamente às questões de cada subtópico.

O preenchimento do questionário na totalidade demorará aproximadamente 10 minutos.

Obrigada pela atenção dispensada,

Liliana Beirão Neto de Sousa

Nº ordem dos médicos nº 57764

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima mencionadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a. ☐

QUESTIONÁRIO

Nesta secção, selecione com um “X”, a opção indicada para si.

Secção A: Dados Gerais

1. IDENTIFICAÇÃO

- | | |
|--|--------------------------|
| Enfermeiro | ☐ |
| Médico Especialista de Medicina Geral e Familiar | ☐ |
| Médico Interno de Medicina Geral e Familiar | ☐ |

2. TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE

- | | |
|--|--------------------------|
| Unidade de Cuidados Saúde Personalizados | ☐ |
| Unidade de Saúde Familiar Modelo A | ☐ |
| Unidade de Saúde Familiar Modelo B | ☐ |

3. FAIXA ETÁRIA

- | | | |
|---|--|---|
| ≤ 40 anos ☐ | > 40 anos e < 65 anos ☐ | ≥ 65 anos ☐ |
|---|--|---|

5. Além da sua licenciatura/mestrado, se realizou alguma especialização nas seguintes áreas seleccione - cursos superiores a 30 horas , pós-graduações, doutoramentos (pode seleccionar mais que uma)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Diabetes | ☐ |
| Saúde Materna | ☐ |
| Saúde Infantil | ☐ |
| Hipertensão | ☐ |
| Rastreio Populacionais | ☐ |
| Abordagem do doente agudo | ☐ |
| Gestão de serviços de Saúde | ☐ |
| Tecnologias | ☐ |
| Nenhuma | ☐ |

Secção B:

A. Avaliação Geral

Na sua Unidade, em que tipo de consulta(s)/patologia(s) existe um acompanhamento simultâneo entre a equipa de enfermagem e médica.

Diabetes	☐
Saúde Materna	☐
Planeamento Familiar	☐
Saúde Infantil e Juvenil	☐
Hipertensão arterial	☐
Rastreios populacionais	☐
Abordagem do doente agudo	☐
Patologia respiratória crónica	☐
Cessação Tabágica	☐

B. Diabetes Mellitus

Para a Diabetes, para cada um dos seguintes Items, selecione aquele que considera mais adequado.

	Não Concordo	Neutro	Concordo
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	☐	☐	☐
O utente só deveria ter consultas médicas	☐	☐	☐
Estou de acordo com a alínea 1 se houvesse maior formação pela equipa de enfermagem	☐	☐	☐

Para a Diabetes, qual o grupo profissional deve ser responsável por cada atividade?

	Médico	Enfermeiro	Ambos
Diagnóstico	☐	☐	☐
No doente controlado, a prescrição de medicação crónica	☐	☐	☐
No doente controlado, a prescrição de Meios complementares de diagnóstico	☐	☐	☐
Ajuste de fármacos (substituição, aumento e/ou diminuição das doses)	☐	☐	☐
Rastreio pé diabético	☐	☐	☐
Vigilância de hipoglicemias	☐	☐	☐
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem comportamentos de risco)	☐	☐	☐

Se necessário, referenciar para a URAP - Nutrição	☐	☐	☐
Se necessário, referenciar para a consulta de cessação tabágica	☐	☐	☐

Segundo o tipo de Diabetes, selecione se considera que devem ser vigiadas pelo Médico, Enfermeiro ou ambos.

	Médico	Enfermeiro	Ambos
DM tipo 1	☐	☐	☐
DM tipo 2 sem complicações microvasculares e/ou macrovasculares	☐	☐	☐
DM tipo 2 com complicações microvasculares e/ou macrovasculares	☐	☐	☐
Diabetes Gestacional	☐	☐	☐
Pré-Diabetes : Anomalia Glicemia em Jejum (AGJ) e Alteração da Tolerância à Glicose	☐	☐	☐
DM tipo 1	☐	☐	☐
DM tipo 2 sem complicações microvasculares e/ou macrovasculares	☐	☐	☐
DM tipo 2 com complicações microvasculares e/ou macrovasculares	☐	☐	☐
Diabetes Gestacional	☐	☐	☐

C. Hipertensão

Para a Hipertensão, para cada um dos seguintes Items, selecione aquele que considera mais adequado.

	Não Concordo	Neutro	Concordo
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	☐	☐	☐
O utente só deveria ter consultas médicas	☐	☐	☐
Estou de acordo com a alínea 1 se houvesse maior formação pela equipa de enfermagem	☐	☐	☐

Para a Hipertensão, qual o grupo profissional deve ser responsável por cada atividade?

	Médico	Enfermeiro	Ambos
Diagnóstico	☐	☐	☐
Medição da Pressão Arterial	☐	☐	☐
No doente controlado, a prescrição de medicação crónica	☐	☐	☐
No doente controlado, a prescrição de meios complementares de diagnóstico	☐	☐	☐
Ajuste de fármacos (substituição, aumento e/ou diminuição das doses)	☐	☐	☐
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem comportamentos de risco)	☐	☐	☐
Se necessário, referenciar para a URAP - Nutrição	☐	☐	☐
Se necessário, referenciar para a consulta de cessação tabágica	☐	☐	☐

D. Saúde Materna e Planeamento Familiar

Considerando as consultas de saúde materna, selecione aquele que considera mais adequado.

	Não Concordo	Neutro	Concordo
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	☐	☐	☐
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Obstetrícia	☐	☐	☐
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	☐	☐	☐

Considerando as consultas de planeamento familiar, selecione aquele que considera mais adequado

	Não Concordo	Neutro	Concordo
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	☐	☐	☐
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Ginecologia	☐	☐	☐
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	☐	☐	☐

Qual é o grupo profissional que deve ser responsável por cada atividade?

	Médico	Enfermeiro	Ambos
Realização de citologia cervino-vaginal	☐	☐	☐
Aconselhamento do melhor método contraceptivo	☐	☐	☐
Consulta de pré-concepção	☐	☐	☐
Prescrição de Meios complementares de diagnóstico de acordo com o Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de baixo risco	☐	☐	☐
Prescrição de suplementação	☐	☐	☐
Requisição cheque dentista	☐	☐	☐
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, abordagem comportamentos de risco)	☐	☐	☐
Se necessário, referenciação para a URAP - Nutrição	☐	☐	☐
Se necessário, referenciar a consulta de cessação tabágica	☐	☐	☐

E. Saúde Infantil e Juvenil

Considerando as consultas de saúde Infantil e Juvenil, selecione aquele que considera mais adequado

	Não Concordo	Neutro	Concordo
Considero útil a consulta de enfermagem antes da consulta médica	☐	☐	☐
É imprescindível a vigilância pela equipa médica se a utente não tiver seguimento em Pediatria	☐	☐	☐
É necessária maior formação da equipa da enfermagem	☐	☐	☐

Qual é o grupo profissional que deve ser responsável por cada atividade?

	Médico	Enfermeiro	Ambos
Plano Nacional de Vacinação	☐	☐	☐
Vigilância de crianças na idade chave, se já tiver vigilância por pediatra	☐	☐	☐
Vigilância de crianças na idade chave, se não tiver vigilância por pediatra.	☐	☐	☐
Cheque dentista	☐	☐	☐
Promoção de estilos saudáveis (exercício físico, alimentação, comportamentos de risco)	☐	☐	☐
Plano Nacional de Vacinação	☐	☐	☐
Vigilância de crianças na idade chave, se já tiver vigilância por pediatra	☐	☐	☐
Vigilância de crianças na idade chave, se não tiver vigilância por pediatra.	☐	☐	☐
Cheque dentista	☐	☐	☐

F. Rastreios Populacionais Universais

Qual é o grupo profissional que deve ser responsável por cada atividade?

	Médico	Enfermeiro	Ambos
Colheita dos Kits de PSOF	☐	☐	☐
Se indicação para realizar Colonoscopia, aconselhamento cuidados Pré-Colonoscopia	☐	☐	☐
Realização de citologia cervino-vaginal	☐	☐	☐
Atualização de Mamografia de Rastreio	☐	☐	☐
Colheita dos Kits de PSOF	☐	☐	☐
Se indicação para realizar Colonoscopia, aconselhamento cuidados Pré-Colonoscopia	☐	☐	☐
Realização de citologia cervino-vaginal	☐	☐	☐
Atualização de Mamografia de Rastreio	☐	☐	☐
Colheita dos Kits de PSOF	☐	☐	☐

G. Patologia respiratória crónica

	Médico	Enfermeiro	Ambos
Explicação manuseamento de dispositivos inalatórios	☐	☐	☐
Se necessário, referenciar a consulta de Cessação Tabágica	☐	☐	☐

Anexo II

Parecer Comissão Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1978-2019



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

EXARADO NA ATA Nº 2020_06

REUNIÃO DE 2020-02-27

☐ COMUNICAÇÃO ☒ INFORMAÇÃO ☐ PARECER DATA : 07.02.2020
Nº <Processo> <Registo>

DELIBERADO CONCORDAR
2020-02-27

PARA : Conselho Diretivo da ARS Norte

DE : Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO ...: Parecer nº 011/2020

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 011/2020 sobre o Estudo "Viabilidade da combinação de papéis médicos e de enfermagem em Portugal: análise das áreas de consenso", aprovado na reunião de 4 de fevereiro de 2020, por unanimidade.

Paula Duarte
Vogal do CD

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

Ponciano Oliveira
Vogal do CD

do CD
29.02.2020
Paula Duarte
Vogal do CD

*Mr
Slee*

Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

PARECER Nº 011/2020

Sobre o estudo T1070 – Estudo sobre “Viabilidade da combinação de papéis médicos e de enfermagem em Portugal: Análise das áreas de consenso”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T1070, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao Estudo sobre **“Viabilidade da combinação de papéis médicos e de enfermagem em Portugal: Análise das áreas de consenso”** sendo investigadora Dr. Liliana Beirão Neto de Sousa, aluna de mestrado em gestão e economia de serviços de saúde, orientada por Professora Doutora Susana Oliveira, da Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo da investigadora, declaração de compromisso da investigadora para apresentar relatório dos resultados do estudo à CES, instrumentos de recolha de dados da autoria da investigadora, consentimento informado incluído no instrumento de recolha de dados, declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo, declaração da orientadora do estudo e declaração de ausência de conflito de interesses.

1. Trata-se de um estudo transversal, com a duração esperada de 20 meses, entre Outubro de 2018 e Junho de 2020. Este estudo irá recorrer à realização de questionários estruturados dirigidos às equipas médicas e de enfermagem. Serão incluídos todos os Médicos de Família (Internos de Formação Específica e Especialistas) e Enfermeiros a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde, das 5 Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), englobando as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar Modelo A e Unidades de Saúde Familiar Modelo B. Os questionários serão colocados em plataformas sociais abertas em grupos públicos, e serão incluídos todos aqueles que após consentimento informado (incluído no questionário), optem por colaborar no estudo.
2. A recolha de dados será realizada através de um questionário, construído na plataforma online <https://docs.google.com>, estando acessível digitalmente através de link. O questionário (Apêndice I) será constituído por duas partes, de resposta fechada, uma secção A (que avalia a profissão, ARS e diferenciação entre UCSF/USF A/USF B, faixa etária e grau de especialização) e uma secção B (que avalia as opiniões relativas aos atos a realizar nos Cuidados de Saúde Primários). Serão enviados os questionários via plataformas sociais (Facebook e LinkedIn), sendo incluídos no estudo todos aqueles que decidam participar, sendo eleita uma

amostra de conveniência. Numa segunda dimensão, **após pedido formal à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)**, vão ser recolhidos e analisados os indicadores de desempenho das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar Modelo A e Modelo B, relativos às áreas avaliadas. A informação recolhida, será processada na forma de dados agregados pela investigadora, sendo apenas solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa

3. Será testada a validade facial do instrumento a um conjunto de indivíduos elegíveis para o estudo para testar o questionário quanto à sua exequibilidade, validade e consistência.
4. Concluída a colheita de dados, será realizada uma análise estatística, descritiva e inferencial, recorrendo ao eViews® v.10.
5. Os objetivos gerais deste estudo são: Analisar as áreas de consenso quanto ao skill mix entre a equipa médica e de enfermagem nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar Modelo A e Modelo B; Analisar a eficiência skill mix entre a equipa médica e de enfermagem através da comparação de resultados obtidos da análise descrita no ponto 1. com os indicadores de desempenho assistencial nos grupos vulneráveis e de risco, de acordo com o tipo de Unidades de Saúde (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar Modelo A e Modelo B)

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A participação no estudo será voluntária, tendo os participantes de concordar no preenchimento do questionário online.
3. A privacidade, anonimato e confidencialidade será garantida
4. Os custos para o desenvolvimento do projeto serão da inteira responsabilidade da investigadora

C – Conclusões

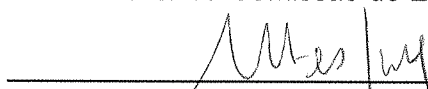
1. Face ao exposto, a CES delibera emitir parecer favorável ao estudo de investigação em causa.
2. Devem os investigadores proceder à destruição dos dados após o término do estudo.

Aprovado em reunião do dia 4 de fevereiro de 2020, por unanimidade.

O relator,


Mestre Assunção Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

FACULDADE DE ECONOMIA

