

Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde

Characterization of medication prescription by nurses in Primary Health Care protocols

Caracterización de los medicamentos recetados por los enfermeros en los protocolos de Atención Primaria de Salud

Cláudia Santos Martinianoⁱ; Ardigleusa Alves Coêlhoⁱⁱ; Marize Barros de Souzaⁱⁱⁱ; Isabel Cristina Araújo Brandão^{iv}; Anny Karine Freire da Silva^v; Severina Alice da Costa Uchôa^{vi}

RESUMO

Objetivo: caracterizar o modelo de prescrição de medicamentos por enfermeiros nos Protocolos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Método:** realizou-se análise documental etnometodológica de 10 protocolos clínicos publicados entre 2002 e 2011 pelo Ministério da Saúde. A coleta ocorreu de agosto a dezembro de 2011. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número do CAAE 2813.0.000.133-10. **Resultados:** não há exigência de pré-requisitos na maioria dos protocolos; há possibilidade de diagnóstico pelo enfermeiro na gravidez, nutrição infantil e doenças sexualmente transmissíveis; observou-se variados graus de autonomia; amplo grupo de medicamentos prescritos por enfermeiros. **Conclusão:** no Brasil, confirma-se uma prática prescritiva sem requisitos, diversidade de orientações induzindo à multiplicidade de ações que pode afetar a qualidade da prescrição. **Palavras-chave:** Enfermeiro; prescrição de medicamentos; atenção primária à saúde; protocolos clínicos.

ABSTRACT

Objective: to characterize the model for medication prescription by nurses in Primary Health Care Protocols in Brazil. **Method:** 10 clinical protocols published between 2002 and 2011 by the Health Ministry were subjected to ethno-methodological document analysis. Data were collected from August to December 2011. The project was approved by the research ethics committee (CAAE No. 2813.0.000.133-10). **Results:** there are no prerequisites in most protocols; nursing diagnosis is possible in pregnancy, child nutrition and sexually transmitted diseases; varying degrees of autonomy were observed; and a broad group of drugs were prescribed by nurses. **Conclusion:** in Brazil, this confirms a practice of prescribing without requirements and with a diversity of guidelines, inducing a multiplicity of actions, which may impair the quality of prescribing. **Keywords:** Nurse; drugs prescription; primary health care; clinical protocols.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el modelo de prescripción de fármacos por enfermeros en los Protocolos de Atención Primaria a la Salud en Brasil. **Método:** Se realizó Análisis Documental etnometodológico de 10 protocolos clínicos publicados entre 2002 y 2011 por el Ministerio de la Salud. La colecta ocurrió de agosto a diciembre de 2011. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación bajo el número CAAE 2813.0.000.133-10. **Resultados:** no hay exigencia de prerrequisitos en la mayoría de los protocolos; hay posibilidad de diagnóstico por el enfermero en embarazo, nutrición infantil y enfermedades sexualmente contagiosas; se observó variados grados de autonomía; amplio grupo de fármacos prescritos por enfermeros. **Conclusión:** en Brasil se confirma una práctica prescritiva sin requisitos, diversidad de orientaciones induciendo a multiplicidad de acciones que puede afectar la cualidad de la prescripción. **Palabras clave:** Enfermero; prescripción de fármacos; atención primaria a la salud; protocolos clínicos.

INTRODUÇÃO

No contexto global, nas últimas décadas, o papel do enfermeiro na prescrição de medicamentos vem se ampliando na Atenção Primária à Saúde (APS) mediante a necessidade de implementação dos cuidados aos pacientes; extensão do atendimento às comunidades rurais; maior racionalidade custo-benefício na gestão

dos sistemas de saúde; legitimação e valorização profissional; melhora das relações de trabalho entre profissionais de saúde; e a necessidade de reduzir as cargas de trabalho do pessoal médico¹.

Países como Suécia, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul, Irlanda e Reino Unido consolidaram

ⁱDoutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Brasil. E-mail: cmartiniano@ibest.com.br

ⁱⁱDoutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Brasil. E-mail: ardimanu@ig.com.br

ⁱⁱⁱDoutora em Ciências da Saúde. Docente da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Brasil. E-mail: marizebs@gmail.com

^{iv}Mestre em Enfermagem. Centro Universitário FACEX. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: isabrandao_ab@hotmail.com

^vGraduada em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: aninha529@hotmail.com

^{vi}Doutora em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com

a prescrição de medicamentos por enfermeiro². Neste último, ressaltam-se a eficácia e a aceitabilidade de profissionais e usuários³.

Entre os modelos de prescrição por enfermeiros encontram-se: o prescritor independente, o prescritor complementar e o prescritor do protocolo de grupo - ou *patient group directions* (PGD) - como é internacionalmente conhecido^{4,5}.

No Brasil, a prescrição é do tipo protocolo de grupo está regulamentada pela lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498/86)⁶ e é circunscrita aos cuidados primários normatizados pelo Ministério da Saúde (MS). A inclusão da prescrição de medicamentos por enfermeiro na APS, objeto de profundo debate na categoria e motivo de polêmicas em torno do ato médico⁷, coincide com fatores externos à categoria que são estruturais, advindos da reformulação do sistema de saúde com a criação do Sistema de Único de Saúde (SUS) nos anos 80. Houve uma grande expansão da cobertura populacional promovida pelo Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 e que nos anos 2000 transformou-se em estratégia nacional de organização desse nível de atenção. O MS disponibiliza um conjunto de ações e procedimentos voltados para APS e dispostos em protocolos assistências ou Cadernos de Atenção Básica (CAB) a serem adotados pelos diferentes profissionais envolvidos no processo de intervenção, como enfermeiros, médicos e dentistas. Os Cadernos abordam situações e problemas de saúde, no âmbito de determinado serviço ou instituição, com destaque para as ações técnicas e o uso de medicamentos⁸.

Partindo do pressuposto da circunscrição à APS e dispersão nos CAB voltados para atuação de diferentes profissionais, este trabalho objetiva caracterizar o modelo de prescrição de medicamentos por enfermeiros nos Protocolos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Por ainda gerar controvérsias, sua análise a luz das experiências internacionais, muitas delas inovadoras quando comparadas a situação brasileira, contribuirá com subsídios para promover avanços e superar desafios com vistas à qualidade do cuidado prestado na APS. Também pode ser um ponto de partida para o aprofundamento de pesquisas nesse campo da enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA

Embora a prescrição de medicamentos por enfermeiros seja permitida por lei⁶, no Brasil há forte resistência médica à prescrição e ao diagnóstico por outros profissionais. A lei que regulamenta a profissão médica (Lei 12.482/2013)⁹ causou insatisfação entre os médicos por não garantir exclusividade na formulação de diagnóstico e instituição da terapêutica⁷.

Em outros países a categoria médica também é resistente à prescrição por enfermeiro. No Reino Unido essa resistência foi ultrapassada há mais de uma década.

Um dos fatores que contribuiu para essa superação foi a união dos enfermeiros junto ao seu órgão de classe, em nível nacional, em prol da introdução da prescrição terapêutica naquele país para melhorar o atendimento ao paciente e legitimar suas habilidades e conhecimentos. Outra medida importante foi uma investigação financiada pelo governo para fornecer *feedback* sobre a aceitabilidade, eficácia e segurança desse procedimento^{10,11}.

No Brasil, essa prática não tem sido uniformizada nos serviços. Estudo sobre a assistência pré-natal realizada por enfermeiros em São Paulo revelou que apenas 31% (40/131) utilizaram protocolos para tratar infecções em mulheres grávidas e seus parceiros¹². Outros estudos mostraram que os enfermeiros demonstram medo e insegurança nas ações prescritivas¹³ ou que temem reclamações¹⁴.

Pode-se elencar algumas razões possíveis para essa situação. A primeira hipótese é que em oposição ao recomendado pelo *International Council of Nurses* (ICN), no Brasil não há exigência de conhecimento especializado, experiência clínica e registro do prescritor, como pré-requisitos à prescrição por enfermeiros. A segunda hipótese é que um grande número de protocolos foi elaborado pelo MS de forma centralizada, com pouca participação das equipes de saúde locais, há denúncia sobre a falta de protocolos municipais e a percepção equivocada de que há restrições por parte do Conselho Federal de Enfermagem¹⁵.

No Brasil, não há pesquisas que caracterizem o modelo de prescrição de medicamentos por enfermeiro na APS. Explícita-se a ausência de requisitos e de debate para subsidiar as discussões sobre a necessidade de fortalecer a formação e a autonomia dos enfermeiros, na direção de uma prática avançada com qualidade, como ocorre nos países desenvolvidos.

METODOLOGIA

Trata-se de análise documental de cunho etnomodológico que apreende os documentos como uma versão específica da realidade contextual construída com objetivos específicos¹⁶. Os documentos são analisados não como *containers* de informação e sim como dispositivos comunicativos^{17,18}.

Foram selecionados, inicialmente, os 33 Cadernos de Atenção Básica, com base em análise preliminar acerca da autenticidade (primários e disponibilizados pelo próprio autor), representatividade (contém informações necessárias ao estudo do objeto) e significação (compreensivo aos atores envolvidos no contexto)¹⁷.

Os critérios de inclusão foram: ano de publicação, a partir de 2002 e a vulnerabilidade programática (crianças, mulheres, doenças transmissíveis e crônicas). Excluíram-se os protocolos sobre promoção, organização do serviço, práticas integrativas, saúde bucal, procedimentos clínicos e cirúrgicos e visita domiciliar por não contemplarem ações de prescrição de medicamentos por

enfermeiros. O tamanho amostral foi de dez protocolos pelo alcance do grau de saturação das informações possíveis para responder à pergunta de pesquisa¹⁸.

Os documentos analisados foram acessados entre agosto a outubro de 2011, no portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) - http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php/. O roteiro de coleta utilizou as categorias do modelo teórico¹⁹ aplicado ao corpo dos documentos analisados com base no ICN²⁰. As variáveis analisadas foram: objeto/área do cuidado, nome/identificação do protocolo, profissional (is) a quem se destina o protocolo, contexto da prescrição com justificativa, existência de pré-requisitos à prescrição do enfermeiro (experiência clínica/capacitação), indicação de registro de prescritor, atribuições do enfermeiro na prescrição, compartilhamento ou não das atribuições da prescrição, grupo de medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiros, data da publicação e localizador.

O roteiro de coleta foi enviado por correio eletrônico, entre outubro e novembro de 2011 a cinco juízes ou especialistas - pesquisadores com produção intelectual sobre a temática nos últimos 5 anos. Todos os itens tiveram um Índice de Concordância Interavaliadores (IRA) de 100% quanto à representatividade e clareza dos itens em relação ao conteúdo estudado.

O uso de documentos de domínio público dispensou a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Procedeu-se à análise qualitativa de conteúdo a partir das seis etapas orientadas por Mayring²¹. Na primeira etapa, foram selecionados os trechos relevantes nos documentos que correspondessem à questão de pesquisa. Na segunda, analisou-se a situação de coleta de dados e constatou-se que os documentos foram originados no MS. Na terceira, verificou-se a caracterização formal do documento e constatou-se tratar-se da Série Cadernos de Atenção Básica. Prosseguindo, na quarta etapa, definiu-se a direção da análise localizando, nos protocolos, os conteúdos relacionados às atribuições de prescrição. Na quinta etapa, determinou-se como técnica a síntese da análise de conteúdo realizada em dois momentos: primeira redução, em que trechos e paráfrases pouco relevantes são omitidos, e segunda redução, em que as paráfrases similares são agrupadas e sintetizadas. Na última etapa, escolheu-se como unidade analítica tanto as *unidades de codificação* representadas pela palavra *prescrição*, quanto as *unidades de contexto* ou trechos explicativos de como acontecia a prescrição de medicamentos.

RESULTADOS

Cadernos de Atenção Básica analisados

Os protocolos analisados estão descritos na Figura 1. Para cada CAB, foi utilizado um código de referência nesta pesquisa para sua identificação.

Pré-requisitos da prescrição de medicamentos por enfermeiros

Na maioria dos protocolos analisados, não se observa a existência de pré-requisitos à prática prescritiva dos enfermeiros, sendo essa permitida àquele que tenha concluído a graduação em enfermagem.

Apenas o Protocolo de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) e o Protocolo de Enfermagem para Tuberculose referem algum tipo de exigência de capacitação. O primeiro recomenda capacitação de oito dias de aulas teóricas e práticas. O outro indica que o enfermeiro seja capacitado, mas não especifica a duração da capacitação.

O curso de AIDPI para capacitar o profissional do nível operacional [profissional de nível superior] é realizado em oito dias, com um componente maior em atividades práticas. (CAB/CR/1, p. 23).

O enfermeiro capacitado nas ações de controle da tuberculose deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico. (CAB/TB/1, p. 36).

Em nenhum dos protocolos observa-se a exigência de experiência clínica como condição para a prescrição de medicamentos.

Possibilidades de realização de diagnóstico clínico

Há distintas situações quanto à realização de diagnóstico clínico. Há a possibilidade de diagnóstico pelo enfermeiro nos Protocolos de Nutrição Infantil para identificar e tratar os problemas relacionados à amamentação; no Protocolo do Pré-Natal, faz-se o diagnóstico da gravidez e das intercorrências clínicas mais frequentes; e no Protocolo do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Hepatites e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) o diagnóstico é de presunção das principais síndromes.

Após a confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante [p. 21]. ...O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são [...]. (CAB/UM/1, p. 77).

O profissional de saúde, conhecendo os principais aspectos anatômicos e funcionais, tanto do organismo masculino quanto do feminino, poderá associar os dados da anamnese e fazer um diagnóstico de presunção das principais síndromes (abordagem sindrômica). (CAB/DST/1, p. 45).

Nos Protocolos de Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Tuberculose e Câncer de Colo do Útero e Mama o diagnóstico clínico é feito, exclusivamente, pelo médico, pois ele não está presente nas atribuições do enfermeiro.

Em relação ao Protocolo de Tuberculose há uma particularidade, visto que em um protocolo, não é possível ao enfermeiro realizar o diagnóstico, entretanto no Protocolo de Enfermagem para Tuberculose o diagnóstico está implícito nas atribuições desse profissional.

Objeto do cuidado	Nome do Documento	Data de publicação	Localizador	Código de referência na pesquisa
Crianças em situação de vulnerabilidade	Protocolo de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância	2003	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf http://www.rebidia.org.br/images/stories/PDF/03_0029_m1_pneumonia.pdf	CAB/CR/1
	Protocolos de Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar	2009	http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23	CAB/CR/2
Mulheres em situação de vulnerabilidade	Protocolo de Pré-Natal e Puerpério	2006	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf	CAB/UM/1
	Câncer de Colo de útero e Mama	2006	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_cancer_colo_uterio_mama.pdf	CAB/UM/2
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Cadernos de Hipertensão Arterial	2006	http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15	CAB/HAS/1
	<i>Diabetes mellitus</i>	2006	http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab16	CAB/DIA/1
Doenças transmissíveis /contagiosas	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Hepatites e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	2006	http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab18	CAB/DST/1
	Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica. Protocolo de Enfermagem	2011	http://riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=ecj65vw7BD0%3D	CAB/TB/1
	Protocolo de Tuberculose	2002	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica.pdf	CAB/TB/2
	Protocolo de Hanseníase	2002	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf	CAB/HAN/1

FIGURA 1: Amostra dos 10 Cadernos de Atenção Básica (CAB) por objeto do cuidado, nome, ano de publicação, localizador e código de referência na pesquisa. Brasil, 2011.

É função do enfermeiro do programa de controle da tuberculose organizar e cumprir as recomendações do Ministério da Saúde e, segundo a Portaria da Atenção Básica nº 648, de 28 de março de 2006, o diagnóstico de tuberculose nos serviços de saúde está implícito nas atribuições desse profissional [...]. (CAB/TB/1, p. 36).

De forma peculiar, observa-se que no Protocolo de AIDPI não há a etapa do diagnóstico, uma vez que seu objetivo é identificar sinais clínicos e fazer uma triagem rápida para a atenção necessária e prescrição aos seguintes agravos: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, malária, entre outros.

O objetivo da estratégia AIDPI não é estabelecer um diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança [...]. (CAB/CR/1, p. 05).

Níveis de autonomia do enfermeiro para a prescrição de medicamentos

Há distintos níveis de autonomia do enfermeiro para a prescrição de medicamentos, sendo observados três subtipos: o primeiro subtipo é com dependência do diagnóstico e prescrição médica inicial. Nesse caso, compete ao médico a decisão terapêutica definindo o início do tratamento, como é observado nos Protocolos de Hipertensão, Diabetes, Câncer de Colo e de Mama. O enfermeiro faz o acompanhamento dos usuários e nas consultas subsequentes deve manter a mesma prescrição médica.

Atribuições do enfermeiro: [...] 2. Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário. (CAB/HAS/1, p. 40-41).

No segundo subtipo de autonomia, a dependência é apenas do diagnóstico médico que pode ser encontrado no Protocolo de Tuberculose. Nesse caso, na ausência do médico, o enfermeiro poderá instituir o tratamento e agendar posteriormente a consulta médica.

Se o serviço tiver médico, encaminhar o paciente imediatamente para a consulta; caso contrário, o enfermeiro inicia o tratamento e agenda a consulta para o médico. (CAD/TB/1, p. 81).

O terceiro subtipo de autonomia é sem dependência do diagnóstico e prescrição médica. Nos Protocolos de Nutrição Infantil, Protocolo de AIDPI, Pré-Natal e HIV/AIDS, Hepatites e outras DST o enfermeiro atua de modo semelhante ao médico por integrar a equipe de APS.

Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades. [...]1.9.6.1 Manejo: O tratamento inicialmente é local, com Nistatina, Clotrimazol, Miconazol ou Cetoconazol tópicos por duas semanas. (CAB/CR/2, p. 43).

Nas situações de emese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação. (CAB/UM/1, p. 89).

Compartilhamento e distinção entre os profissionais de saúde nas situações de prescrição de medicamentos

Em alguns protocolos, as atribuições são comuns aos profissionais da equipe de saúde e em outros há distinção das atribuições para médicos e enfermeiros. Observou-se que nos Protocolos de Nutrição Infantil, de AIDPI, HIV/AIDS, Hepatites e outras DST e Pré-Natal as atribuições de prescrição são comuns aos enfermeiros e médicos.

O objetivo desse atendimento é tentar prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados [...]. Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional estará habilitado a: 1. Fazer o diagnóstico sindrômico. 2. Iniciar o tratamento imediatamente. (CAB/DST/1, p. 44).

Para os Protocolos de Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão e Câncer de Colo de Útero e Mama as atribuições são específicas para cada profissional, com prescrição exclusiva do médico. Nos Protocolos de Hipertensão e Diabetes, a participação do enfermeiro no tratamento medicamentoso é de forma colaborativa, restrita à manutenção do medicamento após a prescrição médica inicial.

Atribuições do enfermeiro: [...] 9. Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências. (CAB/DIA/1, p. 47).

Grupos de medicamentos prescritos por enfermeiros

Nos protocolos nos quais há dependência de prescrição médica inicial o enfermeiro pode realizar a prescrição subsequente dos seguintes grupos de medicamentos: antituberculosos, anti-hansenianos, anti-hipertensivos, antiglicemiantes.

Para os protocolos em que a prescrição não depende do diagnóstico médico, os grupos de medicamentos que podem ser prescritos pelos enfermeiros são: antibióticos, analgésicos, antipiréticos, antiparasitários, broncodilatadores, vitaminas e sais minerais para o grupo infantil, antibióticos, antifúngicos, anti-inflamatórios não esteróides, anti-helmínticos, antiparasitários, antimicóticos e sulfas.

DISCUSSÃO

No tocante aos pré-requisitos da prescrição do enfermeiro, a maioria dos protocolos está de acordo com a legislação do exercício profissional da enfermagem no Brasil que não prevê exigência de conhecimento especializado ou experiência clínica prévia. No entanto, considera-se que para a prescrição, o enfermeiro deve adquirir formação específica como se verifica em vários países⁴, ainda que de curta duração, como no Reino Unido³.

Os Protocolos de AIDPI e Enfermagem para Tuberculose se alinham à proposta internacional por exigir capacitação prévia, entretanto não atende ao preconizado pelo ICN, que é o grau de mestre ou equivalente²⁰. Estudo realizado na Bahia e Ceará sobre os protocolos de doenças da infância mostrou que, depois de treinado, o desempenho do enfermeiro foi tão bom ou melhor que o do médico²².

Não há registro específico no Conselho de Enfermagem para aqueles que são prescritores. Por outro lado, sabe-se da existência de mais de 48.000 enfermeiros de equipes credenciadas no MS vinculados à ESF²³, que são prescritores potenciais. Ignora-se a existência de acompanhamento desses profissionais, sua adesão ou não a essa atribuição e possíveis dificuldades.

Quanto à possibilidade de realização de diagnóstico clínico, há situações distintas. Nos Protocolos de Nutrição Infantil, Protocolo de AIDPI, Pré-Natal, DST/AIDS, Hepatites e outras DST o diagnóstico pode ser dado pelo enfermeiro.

Destaca-se que, nos países em que o enfermeiro é prescritor independente há maior flexibilidade para o diagnóstico e prescrição no escopo de sua competência¹⁰.

Mesmo seguindo o protocolo, a prescrição por enfermeiros pode representar maior independência em relação ao profissional médico, considerado historicamente único responsável pelo diagnóstico e prescrição^{7,5}. Estudo realizado em Natal-RN, sobre o acompanhamento de gestantes com sífilis revelou que apenas seis dos 30 enfermeiros investigados prescreviam medicamentos para clientes diagnosticadas. Os demais profissionais alegaram ser um procedimento médico, a inexistência de protocolos municipais, restrições dos Conselhos de Enfermagem e insegurança¹⁵. Entretanto, não há esse tipo de restrições por parte desses Conselhos. Outro estudo sobre atenção pré-natal revelou que os enfermeiros indicaram como uma das dificuldades à operacionalização da atenção a proibição institucional para a prescrição de medicamentos¹².

Nos protocolos de Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Tuberculose onde a prescrição é dependente do diagnóstico das doenças, esse diagnóstico permanece reservado ao médico. A exceção que permite ao enfermeiro instituir o tratamento de Tuberculose na ausência do médico pode ser justificada pela exclusão social que envolve os portadores da doença, além do longo período de tratamento e alta taxa de abandono.

Os subtipos de autonomia encontrados nos protocolos revelam o menor ou maior grau de dependência do médico e, conseqüentemente, de autonomia do enfermeiro. No entanto, salienta-se que um profissional não deve estar em situação de submissão ao outro sob pena de ter sua autonomia limitada¹³.

Estudo realizado no Reino Unido aplicando o formulário do Índice de Adequação de Medicamentos aos enfermeiros e farmacêuticos prescritores revelou que esses profissionais tomam decisão clínica adequada ao prescrever¹.

A forma diferenciada dessa autonomia pode trazer dúvidas ao profissional e acarretar práticas prescritivas limitadas ou discricionárias, tornando-se pouco seguras aos enfermeiros e clientes. Essa situação é reveladora de que não há o alcance da padronização dos processos de trabalho das equipes de APS, o que pode afetar a qualidade dos serviços ofertados⁸.

Quanto ao compartilhamento ou distinção das situações de prescrição nos protocolos observou-se que, havendo distinção das atribuições, o diagnóstico da doença é reservado ao médico. Quando as atribuições são comuns aos profissionais de saúde garante-se maior autonomia do enfermeiro. Essa diferenciação nas atribuições parece estar relacionada às distintas situações de saúde. No caso do Protocolo de AIDPI, a estratégia pode promover rápida e significativa redução da mortalidade infantil, configurando-se o melhor custo/benefício²⁴.

Convém esclarecer que este estudo não tem a intenção de exaltar a medicalização da assistência, uma vez que tomada de forma fragmentada, essa atribuição pode contribuir para a reprodução do modelo biomédico²⁵. Nesse sentido, são importantes as estratégias de desmedicalização com vistas a uma abordagem mais humanística da atenção à saúde²⁶.

No cenário internacional, o enfermeiro prescritor complementar é parceiro voluntário do prescritor independente, geralmente um médico²⁰. Na opinião do público escocês é muito importante a comunicação e cooperação entre prescritores médicos e não médicos visto que pode impactar na assistência e segurança do paciente¹⁰.

Observou-se expressivo número de classes de medicamentos que podem ser solicitados por enfermeiros, indicando que o MS tem interesse em manter essa atribuição. No entanto, estudo realizado sobre a dinâmica do planejamento familiar exercido por enfermeiros mostrou que apenas 48,3% deles prescrevem métodos anticoncepcionais¹⁴.

No Reino Unido, os enfermeiros prescritores independentes prescrevem qualquer medicamento, incluindo os controlados². Na Inglaterra observa-se em média a emissão da prescrição de medicamentos por enfermeiros a cada 2,82 consultas¹¹. Quando comparado ao cenário internacional, pode-se afirmar que no Brasil a prescrição ainda é incipiente, possivelmente pela não universalização do seu uso nos serviços de saúde⁷.

A reafirmação da prescrição de medicamentos por enfermeiros na atual Portaria Nacional de Atenção Básica e a garantia de que essa atribuição não seja privativa do profissional médico tornam o governo brasileiro um aliado importante na manutenção do enfermeiro como prescritor.

Se por um lado, pode-se afirmar que o governo brasileiro induz a prescrição de medicamentos por enfermeiros por meio dos protocolos, por outro não introduz medidas de governança e apoio para a sua implementação nos sistemas de saúde local. Portanto, não basta normatizar a prescrição, é preciso construir estratégias de maior divulgação, qualificação e acompanhamento de enfermeiros prescritores.

CONCLUSÃO

No Brasil, confirma-se uma prática prescritiva quase sem requisitos. O diagnóstico por enfermeiros é possível em algumas situações, entretanto em outras, os protocolos determinam resguardar o diagnóstico e a instituição da terapêutica ao médico.

Os distintos níveis de autonomia do enfermeiro relacionam-se ao grau de dependência do médico. Desse modo, as atribuições de prescrição ora são compartilhadas, ora são distintas, ainda assim, considera-se que os protocolos garantem algum espaço de prescrição inserindo o enfermeiro como prescritor legitimado. Isso pode ser constatado pela variedade de grupos de medicamentos que o enfermeiro pode prescrever.

Há uma diversidade de orientações sobre a prática prescritiva do enfermeiro, com variação para uma mesma situação, como é o caso da tuberculose. A falta de padronização pode ter efeito sobre a qualidade da prescrição do enfermeiro.

Recomenda-se que a ocupação desse espaço pelo enfermeiro seja acompanhada de reordenação na formação para qualificação da prática prescritiva terapêutica, sob a responsabilidade das Instituições de Ensino Superior, dos Conselhos de Enfermagem e do próprio enfermeiro, responsável por seus atos no exercício da profissão.

O estudo apresenta como limitação a visão apenas institucional da problemática em questão. Por ser um estudo exploratório devido à escassez do conhecimento sobre o tema, sugere-se estudo avaliativo sobre a qualidade da prescrição de medicamentos que vem sendo realizada pelos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Latter S, Smith A, Blenkinsopp A, Nicholls P, Little P, Chapman S. Are nurse and pharmacist independent prescribers making clinically appropriate prescribing decisions? An analysis of consultations. *J Health Serv Res Policy*. 2012; 17(3): 149-56.
2. Courtenay M, Carey N, Stenner K. An overview of non medical prescribing across one strategic health authority: a questionnaire survey. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(138):1-13.
3. Smith A, Latter S, Blenkinsopp A. Safety and quality of nurse independent prescribing: a national study of experiences of education, continuing professional development clinical governance. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(11):2506-17.
4. Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermeira. Documento de Base. Lascasas Biblioteca. 2006; 2(2):1-51.
5. Kroezen M, Van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11(127):2-17.
6. Bellaguarda MLR, Nelson S, Padilha MI, Caravaca-Morera JA. Autoridade prescritiva e enfermagem: uma análise comparativa no Brasil e no Canadá. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(6):1065-73
7. Martiniano CS, Coêlho AA, Latter S, Uchôa SAC. Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: what can learn from international research? *Int J Nurs Stud*. 2014; (5):1071-3.
8. Werneck, MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte (MG): Nescon/UFMG/Coopmed, 2009. 84p.
9. Senado Federal (Br). Lei nº 12.482, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. 11 de julho de 2013. Brasília(DF): Conselho Federal de Medicina; 2013.
10. MacLure k, George j, Diack L, Bond C, Cunningham S, Stewart D. 2013. Views of the Scottish general public on non-medical prescribing. *Int J Clin Pharm*. 2013; 35(5):704-10.
11. Latter S, Maben J, Myall M, Young A. Evaluating nurse independent prescribers' prescribing consultations: an observation study of practice in England. *J Res Nurs*. 2007; 12(1):7-26.
12. Narchi N. Atenção pré-natal por enfermeiros da Zona Leste na cidade de São Paulo - Brasil. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44(2):266-73.
13. Ximenes Neto FRG, Costa FAM, Chagas MIO, Cunha ICKO. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(2):133-40.
14. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(4):961-70.
15. Dantas JC. Conduta dos profissionais que realizam a consulta pré-natal na estratégia saúde da família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento de gestantes com sífilis. [dissertação de mestrado]. Natal(RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
16. Garfinkel H. *Studies in ethnomethodology*. Cambridge (UK): Polity Press; 1984.
17. Scott J. *A matter of record – documentary sources in social research*. Cambridge (UK): Polity; 1990.
18. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre(RS): Artmed; 2009.
19. Guba E, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 1994.
20. Internacional Council of Nurses: International Nurse Practitioner-Advanced Practice Nursing Network. Scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse. Draft-final revision. [cited 2015 Oct 20]. Disposable in: <http://www.aanp.org/INP%20APN%20Network/Policy%20and%20Regulation/policyhome>.
21. Mayring, P. Qualitative content analysis. In: Flick U, Kardorff, Steinke I (editors). *A companion to qualitative research*. London(UK): SAGE; 2004. p. 266-69.
22. Amaral JFF, Gouws E, Bryce J, Leite AJ, Cunha AJLA, Victora CG. Efeito da AIDPI sobre o desempenho de profissionais de saúde. In: Cunha AJLA, Benguigui Y, Silva MASF (organizadores). *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil*. Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz; 2006. p.55-75.
23. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal. Competência setembro de 2014*. [citado em 22 nov 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
24. Ministério da Saúde (Br). *Atenção integral às doenças prevalentes na infância. Curso de Capacitação. Tratar a Criança. Módulo 4*. 2ª ed. rev., 1ª reimpressão. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.
25. Silva MM, Gitsos J, Santos NLP. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(esp.1):631-6.
26. Silva CM, Vargens OMC. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(1):127-30.