

Prática interprofissional no Serviço de Emergência: atribuições específicas e compartilhadas dos enfermeiros

Interprofessional Practice in the Emergency Service: specific and shared assignments of nurses

La práctica interprofesional en el Servicio de Emergencia: asignaciones específicas y compartidas de los enfermeros

Ruth Ester Assayag Batista¹

ORCID: 0000-0002-6416-1079

Marina Peduzzi^{II}

ORCID: 0000-0002-2797-0918

¹Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Batista REA, Peduzzi M. Interprofessional Practice in the Emergency Service: specific and shared assignments of nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):213-20. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0797>

Autor Correspondente:

Ruth Ester Assayag Batista
E-mail: ruth.ester@unifesp.br



Submissão: 12-12-2017

Aprovação: 23-05-2018

RESUMO

Objetivo: Mapear e categorizar, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem, as atribuições específicas dos enfermeiros e identificar as compartilhadas com médicos e fisioterapeutas nos Serviço de Emergência. **Método:** Estudo exploratório descritivo, realizado em duas fases: a primeira, constituída por análise de dissertações/teses da base de dados do Centro de Estudos e Pesquisas da Associação Brasileira de Enfermagem. Na segunda, utilizou-se a Técnica Delphi para obtenção de consenso sobre quais atribuições eram específicas do enfermeiro e quais eram compartilhadas com fisioterapeutas e médicos. **Resultados:** 45,7% específicas dos enfermeiros, 14,2% compartilhadas com fisioterapeutas e/ou médicos e em 40% (n=42) não houve consenso sobre o compartilhamento das atribuições. **Conclusão:** O compartilhamento de ações entre os profissionais mostra ampliação do escopo de prática das profissões e constituição de esfera comum de trabalho, mas o elevado número de atribuições sem consenso entre os especialistas pode ser área de potenciais conflitos pela indefinição das atribuições.

Descritores: Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente; Comportamento Cooperativo; Enfermagem; Serviço de Emergência.

ABSTRACT

Objective: To map and categorize, according to the Nursing Interventions Classification (NIC), the specific assignments of the nurses and to identify the assignments shared with doctors and physiotherapists in the Emergency Service. **Method:** Descriptive exploratory study, carried out in two phases: first, the analysis of dissertations /theses from the database of the Center for Studies and Research of the Brazilian Nursing Association; Second, the use of the Delphi Technique to reach the consensus about which assignments were specific to the nurse and which were shared with physiotherapists and doctors. **Results:** The results were 45.7% for specific to the nurses, 14.2% for shared with physiotherapists and/or doctors, and in 40% (n=42) there was no consensus about the sharing of assignments. **Conclusion:** The sharing of actions among professionals shows an increase in the scope of the practice of professions and the constitution of a common sphere of work, but the high number of assignments with no consensus among specialists can be a potential factor in conflicts due to the lack of definition of these assignments.

Descriptors: Interprofessional Relations; Patient Care Team; Cooperative Behavior; Nursing; Emergency Service.

RESUMEN

Objetivo: Mapear y categorizar de acuerdo con la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería las atribuciones específicas de los enfermeros e identificar las compartidas con médicos y fisioterapeutas en el Servicio de Emergencia. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo, realizado en dos fases: la primera constituída por análisis de disertaciones/tesis de la base de datos del Centro de Estudios e Investigaciones de la Asociación Brasileña de Enfermería (Centro de Estudos e Pesquisas da Associação Brasileira de Enfermagem). En la segunda, fue utilizada la Técnica Delphi para obtener consenso sobre cuáles atribuciones eran específicas de los enfermeros y cuáles eran compartidas con fisioterapeutas y médicos. **Resultados:** 45,7% específicas de los enfermeros; 14,2% compartidas con fisioterapeutas y/o médicos; y en 40% (n = 42) no hubo consenso sobre el reparto de las atribuciones. **Conclusión:** El intercambio de acciones entre los profesionales muestra la ampliación del alcance de la práctica de las profesiones y la constitución de una esfera común de trabajo, pero el elevado número de atribuciones sin consenso entre los especialistas puede ser un área de potenciales conflictos por la indefinición de las atribuciones.

Descritores: Relaciones Interprofesionales; Equipo de Asistencia al Paciente; Comportamiento Cooperativo; Enfermería; Servicio de Emergencia.

INTRODUÇÃO

Nos Serviços de Emergência (SE), as equipes especializadas prestam assistência a pacientes de alta complexidade em ambiente dinâmico, características que tornam essas unidades de alto risco para ocorrência de erros, nos quais a comunicação, a cooperação e a coordenação são essenciais para o cuidado efetivo⁽¹⁾. Associado a esse ambiente dinâmico existe a superlotação desses serviços, que é um fenômeno mundial e tem entre suas causas, ter se transformado na porta de entrada para o acesso à assistência mais tecnológica e resolutiva devido à pouca estruturação e organização dos sistemas de saúde; à permanência dos pacientes na unidade por tempo prolongado devido à falta de leitos de retaguarda e o tempo de espera para atendimento⁽¹⁾. Com esse panorama, a qualidade assistencial pode ser comprometida, pois há associação entre superlotação e aumento da mortalidade nas unidades⁽²⁾.

O aumento da demanda por atendimento nessas unidades requer uma interação e otimização das competências dos profissionais envolvidos no atendimento para o alcance do quadruplo objetivo, proposto por Bodenheimer, para os serviços de saúde na prestação do cuidado. Esses objetivos consistem em melhorar a experiência do paciente e a saúde da população, reduzir custos e melhorar a experiência dos profissionais da saúde na prestação de cuidados⁽³⁾. Estudos demonstram que a prática interprofissional (PIC) é capaz de aumentar a satisfação dos profissionais e dos pacientes com o atendimento⁽⁴⁾, além de diminuir os custos com tratamento⁽⁵⁾. Em estudo de revisão foram identificados sete estudos com resultados positivos da implantação da PIC nos SE, como a melhora na cultura de segurança do paciente, o comportamento colaborativo da equipe interprofissional e a redução da taxa de erros clínicos da equipe interprofissional⁽⁶⁾.

Mundialmente, a PIC tem sido recomendada como alternativa para a recomposição dos trabalhos especializados, pois conta com uma abordagem mais abrangente no sentido da atenção integral à saúde e pode contribuir para melhorar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde⁽⁷⁾. A PIC constitui um complexo processo, no qual há associação de profissionais com formações distintas, que compartilham expertise, conhecimento e habilidades com o propósito de prover um cuidado que tenha impacto na saúde dos indivíduos⁽⁸⁾. A PIC também pode contribuir para a harmonização dos escopos de prática das diferentes profissões que atuam na prestação de cuidado aos pacientes, visto que cada uma delas promove uma formação e atuação diversa, com concepções distintas sobre os pacientes e as necessidades de cuidado que apresentam⁽⁹⁾.

A implantação da PIC, para ser efetiva e resultar nos benefícios relatados na literatura⁽¹⁰⁾, pressupõe algumas condições, incluindo características pessoais como a paciência e a tolerância, a atitude de respeito e compreensão das regras, a confiança e as relações amigáveis entre os pares, a correta delegação das atividades, assim como a disponibilidade para compartilhar novas habilidades. Outros elementos apontados como essenciais são as características da equipe, tais como adequada diversidade das habilidades dos componentes da equipe, atitude de respeito mútuo, flexibilidade dos indivíduos e da equipe, efetiva comunicação e, por último, mas não menos importante, a clareza do papel com respeito às respectivas áreas de atuação de cada profissão⁽¹⁰⁻¹³⁾. Estudos demonstram que pode haver conflitos no desenvolvimento da PIC⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, e barreiras

para a sua implantação já foram identificadas na literatura, como a falta de conhecimento, a inabilidade para contribuir com outros profissionais e existência de concorrência entre as áreas de atuação, que é pouca⁽¹⁶⁾. Publicações ressaltam que a clareza das atribuições dos membros da equipe é um atributo fundamental da PIC⁽¹⁰⁻¹³⁾ de modo que, neste estudo, propõe-se identificar e analisar as atribuições dos enfermeiros nas equipes de SE.

O presente estudo está vinculado a uma pesquisa mais ampla, a qual analisa as ações dos enfermeiros, fisioterapeutas e médicos das unidades de Emergência, motivado pela necessidade de melhor compreensão do trabalho interprofissional nos SE no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tendo em vista maior integração no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

OBJETIVO

Mapear e categorizar, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), as atribuições específicas dos enfermeiros nos Serviços de Emergência.

Identificar quais as atribuições dos enfermeiros são compartilhadas com médicos e fisioterapeutas nas equipes que atuam nos Serviço de Emergência, com vistas a favorecer a prática interprofissional colaborativa.

MÉTODO

Aspectos éticos

A presente pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e teve seu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo. Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho e período do estudo

Trata-se de estudo exploratório descritivo, realizado em duas fases: a primeira, constituída por análise de dissertações/teses da base de dados do Centro de Estudos e Pesquisas da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEn-ABEn) inserido na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Enfermagem⁽¹⁷⁾. Na segunda, utilizou-se a Técnica Delphi para obtenção de consenso sobre quais atribuições eram específicas do enfermeiro (equipe de enfermagem) e quais eram compartilhadas com médicos e fisioterapeutas que atuam no SE.

Protocolo do estudo

Na primeira fase, foi consultado o banco de dados de Teses e Dissertações da ABEn-CEPEn, que se destina a incentivar o desenvolvimento e a divulgação da pesquisa em enfermagem, organizar e preservar documentos históricos da profissão; esse é o maior banco de teses e dissertações na área de Enfermagem no Brasil, com mais de 4.000 trabalhos registrados em seu acervo, compreendendo o período de 2001 a 2014⁽¹⁷⁾. Inicialmente, foram selecionadas dissertações e teses, conforme o critério de inclusão previamente definido (conter no título as palavras emergência e/ou urgência). Após essa primeira seleção, foi realizada a leitura

analítica para a identificação e listagem de todas as atribuições descritas nas dissertações e teses. O instrumento de coleta adotado foi construído pelas autoras e continham as seguintes informações: título da tese/dissertação, autores, universidade na qual a pesquisa foi realizada, ano de publicação, desenho e população do estudo, e as atribuições identificadas. O instrumento de coleta de dados não foi validado e as informações foram armazenadas em banco de dados no Excel[®]. Visto que o enfermeiro é responsável por todas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, foram consideradas como atividade dos enfermeiros tanto as privativas quanto as ações que são delegadas aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Foram excluídos os documentos que abordavam a situação de emergência fora do Brasil, no pré-hospitalar e a indisponibilidade das teses e dissertações de forma digital. A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2016.

Na segunda etapa do estudo, as atribuições identificadas compuseram instrumento para aplicação por meio da técnica Delphi⁽¹⁸⁾, com objetivo de construção de consenso acerca das atividades específicas e compartilhadas do enfermeiro no SE. Para uniformizar a linguagem, permitindo sua compreensão em diferentes cenários, o elenco de atividades foi categorizado, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)⁽¹⁹⁾. A técnica Delphi é um método para estruturar o processo de comunicação grupal, de modo a permitir que um grupo de indivíduos (*experts*) trabalhe em determinado fenômeno para obter consenso, nesse caso, as atribuições dos enfermeiros no SE. Em relação ao número de *experts*, a literatura sugere um número mínimo de cinco como suficiente para o controle de concordância, e recomendada-se entre 50% e 80%⁽¹⁸⁾.

Análise dos resultados

A seleção dos especialistas foi realizada pelo tipo de amostragem denominado bola de neve, uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Nesse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa⁽²⁰⁾. O primeiro *expert*, selecionado aleatoriamente no banco de dados do *Curriculum lattes*, indicava outro especialista tendo como critério a titulação mínima de mestre e experiência em educação, pesquisa ou assistência em Enfermagem em Emergência.

Nesse estudo definiu-se a obtenção de 80% de consenso e o número de sete enfermeiros *experts*. Foram realizadas três rodadas para obtenção de consenso por meio da Técnica Delphi e o questionário foi enviado para os *experts*, por meio do Google[®] formulários, solicitando indicar se as atribuições eram ou não realizadas pelo enfermeiro no SE; se sim, responder se a atribuição era específica ou compartilhada com médicos, fisioterapeutas ou com ambos. Além dessas questões, havia uma pergunta aberta para que o especialista acrescentasse atribuições não elencadas.

Quadro 1 - Atribuições específicas dos enfermeiros no Serviço de Emergência categorizadas de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2017

Atribuições específicas do enfermeiro
1) 0466 – Administração de enema: Instilação de uma solução no trato gastrointestinal inferior.
2) 0590 – Controle da Eliminação Urinária: Manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária.
3) 0840 – Posicionamento: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.

Continua

RESULTADOS

O painel de *experts* foi composto por profissionais que eram todas do sexo feminino, com média de idade de 31 anos, e tempo médio de formação de 14,4 anos, com titulação de mestre e atuação em educação, pesquisa ou assistência na área de emergência. Registrou-se experiência em Hospital Público (57,1%) e em Hospital Público e Privado (42,9%).

A consulta no banco de teses/dissertações da CEPEn-ABEn resultou na identificação de 25 dissertações/teses, das quais foram excluídas oito: três, por terem sido realizadas no atendimento pré-hospitalar; uma, por ter sido realizada no exterior; e quatro, porque não foram encontradas no formato digital. Entre as 17 dissertações/teses restantes, quatro não tratavam das atribuições do enfermeiro nos SE, das quais foram selecionadas 13, e a leitura dessas dissertações/teses resultou na identificação de 101 atribuições, dentre as quais 79 ações puderam ser denominadas de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e 22 ações não apresentaram correspondência com a taxonomia NIC, tendo sido agrupadas como atividades não catalogadas (ANC). Na primeira rodada da Técnica Delphi foram incluídas quatro atribuições pelos *experts*, totalizando 105. Dessas, 48 específicas, 15 compartilhadas com fisioterapeutas e médicos e 42 sem consenso (Tabela 1).

Das 48 atribuições identificadas como específicas dos enfermeiros, 35 foram categorizadas pela NIC e 13 não foram categorizadas (Quadro 1).

Em relação às atribuições compartilhadas com fisioterapeuta, apenas uma foi identificada: Oxigenoterapia - Administração de oxigênio e monitoramento de sua eficácia (NIC-3320). Duas atribuições foram reconhecidas como compartilhadas com fisioterapeuta e médico: Documentação- Registro de dados pertinentes em prontuário clínico (NIC- 7920) e Troca de Informações sobre cuidados de saúde: Fornecimento de informação sobre o cuidado do paciente a outros profissionais de saúde (NIC-7960). Doze atribuições resultaram como compartilhadas com médicos (Quadro 2).

Tabela 1 - Atribuições identificadas no banco de teses e dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem- Centro de Pesquisa em Enfermagem e as atribuições incluídas pelos *experts*, (N=105) São Paulo, Brasil, 2017

Compartilhamento das atividades	n	%
Sem consenso	42	40,00
Específicas dos enfermeiros	48	45,70
Compartilhada com fisioterapeuta	1	0,97
Compartilhada com médicos	12	11,40
Compartilhada com médicos e fisioterapeuta	2	1,93
Total	105	100

Continuação do Quadro 1

Atribuições específicas do enfermeiro
4) 1080 Sondagem gastrointestinal: Inserção de um tubo dentro do trato gastrointestinal.
5) 1874 – Cuidados com sondas gastrointestinais: Manejo de paciente com sonda gastrointestinal.
6) 1056 – Alimentação por sonda enteral: Fornecimento de nutrientes e água por meio de uma sonda gastrointestinal.
7) 1050 – Alimentação: Oferecimento de ingestão nutricional para pacientes que não conseguem se alimentar sozinhos.
8) 1610 – Banho: Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.
9) 1630 – Vestimenta: Escolha, colocação e retirada de roupas de uma pessoa que não consegue fazê-lo sozinha.
10) 1720 – Promoção da Saúde Oral: Promoção da higiene oral e cuidado dental para o paciente com saúde oral e geral normal.
11) 2300 – Administração de Medicamentos: Preparar, administrar e avaliar a eficácia dos medicamentos com prescrição e dos isentos de prescrição.
12) 2314 – Administração de medicamentos endovenosa (EV): Preparação e administração de medicamento por via endovenosa.
13) 3520 – Cuidados com úlcera por pressão: Facilitação da cicatrização de úlceras por pressão.
14) 3660 – Cuidados com lesões: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões.
15) 2930 – Preparo cirúrgico: Fornecimento de cuidados ao paciente imediatamente antes da cirurgia e confirmação dos procedimentos/exames necessários e a documentação no prontuário clínico.
16) 4030 – Administração de hemoderivados: Administração de sangue ou hemoderivados e monitoramento da reação do paciente.
17) 4200 – Terapia endovenosa: Administração e monitoramento de líquidos e medicamentos intravenosos.
18) 4238 – Punção de vaso: amostra de sangue venoso - Coleta de uma amostra de sangue venoso a partir de uma veia não canulada.
19) 5602 – Ensino: processo da doença - Assistência ao paciente para que compreenda informações relativas a um processo da doença específico.
20) 5618 – Ensino: procedimento/tratamento - Preparo do paciente para compreender e preparar-se mentalmente para procedimento ou tratamento prescrito.
21) 6650 – Supervisão: Aquisição, interpretação e síntese contínuas e com finalidade dos dados do paciente para tomada de decisão.
22) 6480 – Controle do ambiente: Manipulação do ambiente do paciente visando o benefício terapêutico, apelo sensorial e bem-estar psicológico.
23) 7830 – Supervisão de Funcionário: Facilitação do oferecimento de cuidados altamente qualificados ao paciente por outras pessoas.
24) 7722 – Preceptor: funcionário - Auxílio e apoio a um funcionário novo ou transferido através de uma orientação planejada para uma área clínica específica.
25) 7840 – Controle de suprimentos: Garantia de aquisição e manutenção de itens apropriados para o oferecimento de cuidados ao paciente.
26) 7620 – Checagem de substâncias controladas - Promoção do uso adequado e manutenção da segurança de substâncias controladas.
27) 7650 – Delegação: Transferência de responsabilidade pela realização do cuidado dos pacientes, ao mesmo tempo que mantém a responsabilidade pelos resultados.
28) 7710 – Apoio ao médico: Colaboração com médicos para fornecer cuidados de qualidade ao paciente.
29) 7726 – Preceptor: Estudante - Auxílio e apoio às expectativas de aprendizado para um estudante.
30) 7820 – Controle de amostras para exames - Obtenção, preparo e conservação de amostra para exame laboratorial.
31) 7850 – Desenvolvimento de funcionários: Desenvolvimento, manutenção e monitoramento da competência da equipe.
32) 8100 – Encaminhamentos: Organização de serviços por outro profissional ou instituição.
33) 8060 – Transcrição de prescrições: Transferência de informações de folhas de prescrições ao planejamento da assistência de enfermagem e sistema de documentação.
34) 8140 – Passagem de plantão: Troca de informações essenciais sobre o cuidado do paciente com outra equipe de enfermagem na mudança de turno.
35) 3540 – Prevenção de úlcera por pressão - Prevenção das úlceras de pressão para um indivíduo com alto risco de desenvolvê-las.
36) Localizar acompanhante de paciente*
37) Localizar profissional da limpeza*
38) Registrar remoção de paciente em planilha específica*
39) Separar e preparar prontuário para internação*
40) Localizar médico*
41) Telefonar para eletrocardiograma (solicita encaminhar paciente)*
42) Elaborar a escala mensal de funcionários*
43) Gerenciar as relações interpessoais; Gerenciar a unidade*
44) Prestar assistência integralizada e holística *
45) Solicitar a manutenção das estruturas da instituição*
46) Realizar escalas diárias de trabalho*
47) Gerenciar a realização dos exames laboratoriais diagnósticos prescritos*
48) Preparar o material e circular na sala de procedimento de sutura*

Nota: * Atividade não cadastrada na classificação de intervenções de enfermagem.

Quadro 2 - Atribuições dos enfermeiros compartilhadas com médico no Serviço de Emergência, São Paulo, Brasil, 2017

Atribuições compartilhadas com médicos
1) 0580 – Sondagem Vesical: Inserção de sonda na bexiga para drenagem temporária ou permanente de urina.
2) 1400 – Controle da Dor: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente.
3) 3120 – Inserção e Estabilização de vias aéreas artificiais: Inserção ou assistência na inserção e estabilização de uma via aérea artificial.
4) 6362 – Triagem: Catástrofe: Estabelecimento de prioridades de cuidado ao paciente para tratamento urgente enquanto são alocados recursos escassos.
5) 6200 – Cuidados de emergência - Provisão de avaliação e medidas para salvar a vida em situações urgentes.
6) 6580 – Contenção física - Aplicação, monitoramento e remoção de contenção mecânica ou manual utilizada para limitar a mobilidade física do paciente.
7) 6430 – Contenção química - Administração, monitoramento e interrupção de agentes psicotrópicos usados para controle de comportamento extremo de um indivíduo.
8) 6680 – Monitorização de Sinais Vitais: Coleta e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e de temperatura corporal para determinar e prevenir complicações.
9) 7370 – Plano de alta: Preparo para a transferência de um paciente de um nível de cuidado a outro, no âmbito da mesma instituição de saúde ou para outro local.
10) 2120 – Controle da hiperglicemia - Prevenção e tratamento de níveis de glicose no sangue, acima do normal.
11) 2130 – Controle da hipoglicemia - Prevenção e tratamento de níveis baixos glicose sanguínea.
12) ANC – Realização de avaliação neurológica.

Nota: ANC – Atividade não cadastrada na classificação de intervenções de enfermagem.

DISCUSSÃO

A tendência contemporânea da PIC e a ampliação do escopo de prática das profissões de saúde aumentaram as tensões acerca das fronteiras e dos limites entre as profissões. Nesse contexto, o estudo buscou identificar as atribuições dos enfermeiros nos SE tendo em vista a PIC e o pressuposto de que a clareza das atribuições das diversas profissões pode contribuir para diminuir conflitos, fragmentação das ações de cuidado, bem como as possíveis omissões, repetições e/ou desperdício de recursos decorrentes da atuação isolada dos profissionais^(8,10).

O Decreto número 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, é amplo e não contempla a atuação dos enfermeiros nos SE⁽²¹⁾. Em estudo realizado no Brasil foram descritas as competências legais no SE e citadas quatorze atribuições, sendo que cinco somente devem ser realizadas sob risco iminente de morte e impossibilidade de realização por um médico⁽²²⁾. Em consulta realizada ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, sobre as atribuições dos enfermeiros no SE, recomendou-se a pesquisa no Regimento do Serviço de Enfermagem, ou seja, delega-se às instituições a discriminação dos cargos e das categorias profissionais, com suas respectivas atribuições. Entendendo que os profissionais das instituições hospitalares são fonte de alto custo, é necessário refletir sobre a pertinência de delegação da função de descrever atribuições profissionais às instituições, pois isso pode configurar rol de atribuições muito heterogêneas nos diversos serviços, com vistas a diminuir gastos e possivelmente aumentar os riscos para pacientes. Um estudo que avaliou o escopo de enfermeiros, por meio do uso de protocolos, em um SE nos EUA, demonstrou que há inconsistências entre os estados no escopo de prática dos enfermeiros que são intencionalmente vagos e podem prejudicar a prática, as mudanças na formação, as políticas públicas e o desenvolvimento de pesquisas⁽²³⁾.

No presente estudo foi possível identificar que o escopo de prática do enfermeiro em emergência é amplo e inclui, na área assistencial, desde o atendimento de pacientes com baixa complexidade

clínica, por meio do Acolhimento com Classificação de Risco, ao atendimento de pacientes em risco de vida e pacientes psiquiátricos, bem como desenvolvimento de ações de gestão do SE. Foram identificadas 105 atribuições, 48 específicas do enfermeiro, uma compartilhada com fisioterapeuta, 12 compartilhadas com médicos, duas compartilhadas com médico e fisioterapeutas. Isso significa que 14,2 % das atribuições dos enfermeiros no SE são compartilhadas com fisioterapeutas e/ou médicos, porém em 40% (n=42) dos casos não houve consenso sobre o compartilhamento das atribuições. Isso mostra, de um lado, a ampliação do escopo de prática das profissões e a constituição de atribuições comuns aos três profissionais; de outro, a existência de potenciais conflitos pela indefinição das atribuições e respectivas responsabilidades no SE.

Em relação às atribuições consideradas específicas do enfermeiro, foram incluídas as atividades de higiene, procedimentos terapêuticos (medicações), inserções de cateteres venosos, suprimentos de materiais para atendimento aos pacientes e educação da equipe de enfermagem. Um estudo nacional descreveu como necessário para a atuação do enfermeiro no SE o desenvolvimento da competência assistencial definida como: A capacidade do enfermeiro prestar assistência individualizada atendendo às necessidades e expectativas dos clientes de forma a assegurar um cuidado calçado em saberes científicos próprios e em procedimentos técnicos essenciais para um resultado de qualidade⁽²⁴⁾.

A atribuição identificada como compartilhada com os fisioterapeutas foi a oxigenoterapia, que compõe os cuidados respiratórios, área de destaque na atuação destes profissionais nos SE. Estudos nacionais referem a oxigenoterapia como procedimento de responsabilidade tanto do fisioterapeuta⁽²⁵⁾ como do enfermeiro⁽²⁶⁾ dos SE, o que demonstra ser atribuição de ambos, bem como necessidades de ação integrada entre os dois profissionais⁽²⁷⁾. Entretanto, não foi relatado compartilhamento em atividades como o controle da dor, sendo que o estudo de revisão descreve a diminuição da queixa álgica associada às alterações músculo-esqueléticas como um dos pilares da indicação da fisioterapia no SE⁽²⁸⁾. Isso pode refletir na ampliação do escopo de prática

de enfermeiros e fisioterapeutas em SE, e ainda não alcançou consenso em relação a algumas atribuições.

Nas atividades compartilhadas com médicos foi incluída a contenção física e química, destinada a pacientes com transtornos mentais, moderados e severos. Um estudo nacional, realizado com essa população de pacientes em SE, descreve como fundamental o cuidado de enfermagem, assim como seu papel na articulação da assistência da equipe interprofissional⁽²⁹⁾.

Historicamente, enfermeiros compartilham com médicos a assistência a pacientes críticos em risco de vida nos SE. Foram identificadas as medidas de suporte avançado de vida, que a literatura aponta para a necessidade da atuação da equipe interprofissional⁽³⁰⁾, e a inserção e estabilização de vias aéreas artificiais, demonstrando a atuação integrada de médicos e enfermeiros para alcance da melhor assistência ao paciente. Estudos que incluem médicos e enfermeiros demonstraram que o intenso trabalho em equipe é associado à alta percepção de satisfação no trabalho⁽³¹⁾.

O cateterismo vesical é um procedimento que só pode ser realizado pelo enfermeiro na equipe de enfermagem⁽³²⁾. Nesse estudo, ele foi identificado como uma atribuição compartilhada com médicos. Pesquisas descrevem que a prevenção de infecção urinária associada ao cateter deve ser a linha de frente da qualidade assistencial, na qual é fundamental o engajamento de médicos e enfermeiros. Isso mostra que a ação colaborativa entre estes profissionais melhora a segurança do paciente⁽³³⁾.

A monitorização do paciente como, por exemplo, o controle da glicemia, dos sinais vitais e a avaliação neurológica foi identificada como uma das atribuições compartilhadas entre enfermeiros e médicos. Um estudo realizado na Austrália mostra a importância desse trabalho colaborativo entre as profissões, pois os pacientes admitidos em SE têm risco de ocorrência de rápida deterioração clínica e que pode ser identificada antes de um evento adverso grave, por meio de alterações fisiológicas⁽³⁴⁾.

Apesar da ausência de consenso sobre o compartilhamento de 40% (n=42) das atribuições, interrompeu-se o estudo considerando que usualmente três rodadas da Técnica Delphi⁽¹⁸⁾ são suficientes para a obtenção do consenso possível, no momento e no contexto da pesquisa, e por entender que o escopo da atuação do enfermeiro é influenciado pelas características e cultura organizacional da instituição na qual estão inseridos esses profissionais.

Limitações do estudo

A escassez de literatura sobre a PIC nos SE dificultou a comparação dos resultados com estudos correlatos, particularmente

no cenário nacional, e determinou a escolha desse desenho de estudo. A generalização desse achado pode ser limitada, visto que depende de legislação e normas das instituições hospitalares nas quais atuam esses profissionais. Ressaltamos que a base de dados da ABEn-CEPEn é uma fonte valiosa de informações para pesquisas em enfermagem.

Contribuições para a área da enfermagem

A clareza das atribuições dos profissionais é um dos pilares para o desenvolvimento harmonioso da PIC devido ao alinhamento dos escopos das profissões que atuam no SE, e assim diminui conflitos, melhora a qualidade e a segurança da assistência, tornando-se mais efetiva e com custo adequado devido à realização de um plano assistencial integrado e centrado no paciente.

CONCLUSÃO

Foi realizado o mapeamento inicial das ações específicas dos enfermeiros, que resultou em 48 atribuições; dessas, 35 foram categorizadas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem e 13 não tiveram correspondência na taxonomia. Posteriormente, foram mapeadas as atribuições realizadas por enfermeiros, fisioterapeutas e/ou médicos, resultando na identificação de 15; dessas, 12 eram compartilhadas com médicos, uma com fisioterapeuta e duas com médicos e fisioterapeutas.

Entretanto, 42 atribuições não obtiveram consenso sobre o compartilhamento e mostram a existência de potenciais conflitos pela indefinição de responsabilidades específicas e/ou comuns entre os diferentes profissionais nos SE. Esse resultado também evidencia a necessidade de ampliar o debate sobre a PIC nos SE a partir do reconhecimento das necessidades dos pacientes.

Os SE são ambientes dinâmicos e o desenvolvimento do PIC pode contribuir para melhorar a experiência do paciente e dos profissionais, os resultados da assistência e, ademais, evitar desperdícios de recursos. Esse estudo demonstra o movimento em curso de flexibilidade das fronteiras profissionais, que pode contribuir na melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, visto que mais pacientes podem ser atendidos com colaboração entre os diferentes profissionais da equipe. Contudo, para que essa mudança das práticas se consolide, são necessárias mudanças na formação dos profissionais de saúde, com ênfase na educação interprofissional e na regulação das profissões, no sentido de incorporarem o trabalho interprofissional colaborativo centrado nas necessidades e no cuidado dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 27];11(1):57. Available from: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>
2. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* [Internet]. 2006 [cited 2016 Apr 27];184(5):208-12. Available from: https://www.mja.com.au/system/files/issues/184_05_060306/spr10395_fm.pdf
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 25];12(6):573-6. Available from: <http://www.annfammed.org/content/12/6/573.full.pdf>

4. Chang WY, Ma JC, Chiu HT, Lin KC, Lee PH. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs*. 2009;65(9):1946-155.
5. Hardin L, Kilian A, Spykerman K. Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs. *J Interprof Educ Pract [Internet]*. 2017 [cited 2017 Aug 14]; 7:5-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.01.002>
6. Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. BEME Systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide no. 39 *Med Teach*. Jul 2016; 38 (7): 656-68.
7. Gaboury I, Bujold M, Boon H, Moher D. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Soc Sci Med*. 2009;69(5):707-15.
8. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
9. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(sup1):8-20.
10. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health [Internet]*. 2013 [cited 2017 Sept 30];11(1):19. Available from: <https://humanresourcesorganization.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19>
11. Gilbert JH, Orchard C, Bainbridge L. A National interprofessional competency framework [Internet]. Canadá: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010 [cited 2017 Oct 2] 32p. Available from: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
12. Hudson CC, Gauvin S, Tabanfar R, Poffenroth AM, Lee JS, O'Riordan AL. Promotion of role clarification in the Health Care Team Challenge. *J Interprof Care*. 2017;31(3):401-403. doi: 10.1080/13561820.2016.1258393
13. Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Contandriopoulos D, Chouinard V, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD. Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nurs Res Pract*. 2014;2014:170514. doi: 10.1155/2014/170514.
14. Mitchell R, Parker V, Giles M, White N. Review: Toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med Care Res Rev*. 2010;67(1):3-26. doi: 10.1177/1077558709338478.
15. Brown J, Lewis L, Ellis K. Conflict on Interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care [Internet]* 2011 [cited 2017 Oct 2]; 25: 4–10 Available from: <https://www.armstrong.edu/images/uploads/iphc/557038871.pdf>
16. McInnes S, Peter K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*. 2015;71(9):1973-85.
17. Biblioteca Virtual em Saúde: Enfermagem [Internet]. Belo Horizonte (MG): UFMG, c2018 [cited 2018 Sep 23] Teses e Dissertações da ABEn-CEPEn. Available from: <http://enfermagem.bvs.br/vhl/colecao-de-fontes-de-informacao/teses-e-dissertacoes-em-enfermagem/teses-e-dissertacoes-da-aben-cepen/>
18. Gracht HA. Consensus measurement in Delphi studies Review and implications for future quality assurance. *Technol Forecast Soc Change [Internet]* 2012 [cited 2018 Sep 23];79(8):1525–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
19. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagnet CM. *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 640 p.
20. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-20.
21. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 1987 [cited 2018 Sep 23]. Jun 19. Seção 1: p. 8853-5. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm
22. Moraes Filho IA, Martini JG, Vargas MAO, Reibnits KS, Bitencourt JVO, Lazzari D. Competência legal do enfermeiro na urgência/emergência. *Enferm Foco*. 2016;7(1):18-23.
23. Castner J, Grinslade S, Guay J, Hettinger AZ, Seo JY, Boris L. Registered nurse scope of practice and ED complaint-specific protocols. *J Emerg Nurs*. 2013;39(5):467-473.e3. doi: 10.1016/j.jen.2013.02.009.
24. Holanda FL, Marra CC, Cunha ICKO. Professional competency profile of nurses working in emergency services. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2017 Oct 2]; 28 (4): 308-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500053>
25. Gonçalves ACS. [Clinical profile of patients treated by physical therapy service in urgency and emergency care unit of a public hospital of Minas Gerais]. *ASSOBRAFIR Ciênc [Internet]*. 2014 [cited 2017 Oct 2]; 5(3): 55-62. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/18166/15576>. Portuguese.
26. Beserra PJF, Bittencourt GKGD, Nobrega MML, Garcia TR. [Nursing actions identified in the components of a nursing teams language, at a medical office in a hospital-school]. *Rev RENE [Internet]*. 2004 [cited 2017 Oct 2];5(2):41-48. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5610/4041>. Portuguese.
27. Arakaki VSNM, Oliveira AM, Bogossian T, Almeida VS, Silva GD, Ferreira HC. Importance of physiotherapy/nursing multidisciplinary

- integration about update newborn position in the neonatal intensive care unit. *Fisioter Mov* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 2]; 28(3): 437-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.003.A002>
28. Cordeiro AL, Lima TG. [Physical Therapy in emergency departments: a systematic review]. *Rev Pesq Fisioter* . 2017;7(2):276-81. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1360. Portuguese.
 29. Buriola AA, Kantorski LP, Sales CA, Matsuda LM. Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 2]; 25(1): e4540014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160004540014>
 30. Santana LS; Lopes WS; Queiroz V. [The multidisciplinary team in person at stop watching cardiorespiratory: a review of literature]. *Ciênc Praxis* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 2]; 7(13): 49-54. Available from: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2139/1131>. Portuguese.
 31. Ajeigbe DO, McNeese-Smith D, Leach LS, Phillips LR. Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *J Nurs Adm*. 2013;43(3):142-8. doi: 10.1097/NNA.0b013e318283dc23.
 32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-0450/2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2013 [cited 11 de Oct de 2017]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html
 33. Fakhri MG, Heavens M, Grottemeyer J, Szpunar SM, Groves C, Hendrich A. Avoiding Potential Harm by Improving Appropriateness of Urinary Catheter Use in 18 Emergency Departments. *Ann Emerg Med* 2014; 63(6):761-8.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.02.013.
 34. Hosking J, Considine J, Sands N. Recognising clinical deterioration in emergency department patients. *Australas Emerg Nurs J*. 2014;17(2):59-67. doi: 10.1016/j.aenj.2014.03.001
-