# OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS COMO RESPOSTA À EVOLUÇÃO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE SAÚDE

Mário Amorim Lopes

Sofia Cruz Gomes

Bernardo Almada-Lobo

**Fevereiro de 2018**

Campus da FEUP
Rua Dr. Roberto Frias
4200 – 465 Porto
T +351 222 094 000
F +351 222 094 050
www.inesctec.pt

**Ordem dos Enfermeiros**

**Coordenador**
Enfermeiro Luís Barreira
*Vice-Presidente do Conselho Directivo*

**Equipa de Projecto**
Enfermeira Ana Fonseca
*Presidente do Conselho de Enfermagem*

Enfermeira Angelina Francisco
*Secretária do Conselho Directivo*

Enfermeira Catarina Figueiredo
*Secretária do Conselho Directivo*

Dr.ª Carla Testa
*Gabinete de Formação, Investigação e Desenvolvimento*

# ÍNDICE

Nota introdutória ..... 4
Sumário executivo ..... 5
I. Enquadramento geral ..... 8
II. Especialização em Enfermagem: uma tendência internacional ..... 12
Definição de enfermeiro em funções avançadas ..... 12
Enfermeiro especialista com funções avançadas: uma tendência internacional ..... 14
Racional para o alargamento da especialização em Enfermagem ..... 16
O papel dos enfermeiros com formação avançada nos diferentes países ..... 18
Impacto da especialização e da formação avançada nos cuidados de saúde ..... 20
Enfermeiros em funções avançadas: o caso Português ..... 21
III. Evidência empírica: os resultados da especialização em Enfermagem ..... 24
Decisão baseada em evidência ..... 24
Literatura internacional sobre os efeitos da especialização ..... 25
Metodologia para a revisão da literatura ..... 27
Resultados da especialização nos clientes e na população ..... 31
Resultados da especialização nos trabalhadores e mercado de trabalho ..... 34
Resultados da especialização nas organizações prestadoras de cuidados de saúde ..... 37
IV. Análise económica da especialização em Enfermagem ..... 40
Os custos e os benefícios da especialização ..... 40
Previsão da força de trabalho de Enfermagem ..... 42
Pressupostos e parâmetros ..... 47
Análise custo-benefício da especialização em Enfermagem ..... 50
V. Conclusão ..... 56
VI. Referências ..... 59
ANEXO A Perfil dos países ..... 63
ANEXO B Impacto da formação avançada em diferentes sistemas de saúde ..... 86
ANEXO C Evidência empírica: os resultados da especialização em Enfermagem ..... 95
ANEXO D Previsão sobre a evolução dos profissionais de Enfermagem ..... 108
ANEXO E Projecções do impacto orçamental ..... 112

# Nota introdutória

Dadas as suas especificidades, a Saúde é dos sectores que mais depende de recursos humanos qualificados. Em contraste com outros sectores onde a evolução tecnológica, através de máquinas e equipamentos modernos, substituiu uma porção significativa do trabalho outrora executado por humanos, os cuidados de saúde continuam a ser maioritariamente assegurados, ainda que beneficiando desse progresso tecnológico, por profissionais.

A implicação deste facto não é de somenos importância: quaisquer melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde irão requerer um investimento em capital humano. Capital humano é dotar os profissionais de saúde não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde.

A Enfermagem não é excepção. Pelo contrário, os profissionais de Enfermagem asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, e são, como tal, uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde. Justifica-se, assim, o investimento na qualificação destes profissionais.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros solicitou-nos que recolhêssemos e analisássemos a evidência empírica que analisasse a relação entre profissionais mais qualificados e mais e melhores cuidados de saúde. Para nós, enquanto académicos, mas também enquanto clientes, tal exercício constitui não apenas uma oportunidade para verificar se os dados estão alinhados com a teoria, mas sobretudo uma retribuição pelos préstimos destes profissionais.

Elaboramos o presente relatório de forma a que este possa constituir um acervo de evidência empírica, positiva ou não, sobre o impacto da especialização dos cuidados de enfermagem. Mais ainda, e porque tudo tem um custo, analisamos o impacto orçamental e económico que a reintrodução do título de especialista, assim como do internato de especialidade de enfermagem, possa causar.

Esperamos desta forma retribuir ao sistema de saúde um pouco daquilo que este nos proporcionou desde sempre.

Os autores
Ordem dos Enfermeiros

# Sumário executivo

- **Uma população envelhecida, com doenças crónicas e múltiplas comorbilidades**, a par com a evolução tecnológica e com alterações organizacionais que visam promover o papel de intervenção dos cuidados primários e um maior acesso aos cuidados de saúde, **exigem uma redefinição da política de gestão de recursos humanos** (ao nível do seu papel de intervenção, qualificação, número e sua distribuição), **capaz de atender a estes novos desafios societais**.

- Isto traduz-se numa **crescente complexificação das áreas clínicas** de prestação de cuidados de saúde, o que requer, por sua vez, formação específica e acompanhamento clínico especializado dos prestadores, em particular de enfermeiros e médicos.

- **O investimento em capital humano, através da especialização dos prestadores**, é assim uma **necessidade premente**, potenciando economias de escala e de conhecimento, incrementos de produtividade e melhores cuidados de saúde prestados, ajudando a responder aos novos desafios.

- Com efeito, **a especialização em Enfermagem é uma tendência internacional**, tendo-se definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar actividades do seu âmbito de competência mais complexas, que extravasam o domínio dos cuidados gerais.

- **O internato de especialidade é um instrumento adequado ao processo de desenvolvimento e valorização profissional do Enfermeiro**, necessário à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista, permitindo conferir, de uma forma protocolada, conhecimentos e competências especializadas.

- **A evidência empírica corrobora o impacto positivo da especialização em Enfermagem**, identificando **ganhos em saúde** para os clientes (melhoria dos indicadores de saúde), **ganhos para as instituições** (melhoria dos indicadores de gestão e de eficiência) e ainda **para os próprios profissionais** (melhoria dos índices de satisfação e de retenção).

- **O impacto orçamental decorrente da criação de um internato de especialização em Enfermagem é positivo,** fruto das poupanças esperadas no número de internamentos. A literatura reporta poupanças significativas no número de internamentos, o que no caso de Portugal ascende a 1 800 milhões de Euros anuais (819 476 internamentos registados em 2016, com um custo médio de 2 285 Euros por internamento). Estes benefícios permitem absorver, logo a partir do 3º ano, os custos acrescidos com a remuneração diferenciada e com a indisponibilidade dos enfermeiros decorrente do próprio internato.

- Estima-se que o impacto orçamental desta medida seja gradual, considerando o cenário no qual são disponibilizadas anualmente 1500 posições para enfermeiros especialistas, evoluindo à medida que o SNS vai absorvendo os enfermeiros especialistas e enquadrando-os devidamente nas organizações. Assim, já em 2019, estima-se que a medida tenha um custo de 46M€. Os benefícios estimados são ainda reduzidos, de 35M€, pois a poupança nos internamentos só é plena quando mais especialistas forem integrados. Como tal, o benefício líquido é negativo (-9,5M€).

- No entanto, em 2032, já com uma quota significativa de enfermeiros especialistas integrados no SNS, **as poupanças estimadas (redução de 5% nos internamentos) serão plenas, culminando em 93M€**. Os custos, por sua vez, serão na ordem dos 78M€, permitindo uma poupança ou benefício líquido ao Estado de 15M€. **Em média, de 2018 até 2032 haverá um benefício líquido 17,56M€**, pelo que **a integração destes profissionais se pagará a si própria**.

- Posteriormente, e por forma a garantir, num horizonte máximo de 15 anos, uma taxa de cobertura de enfermeiros especialistas de cerca de 90% nos cuidados de saúde primários, de 50% nos cuidados de saúde diferenciados e de 30% nos cuidados continuados integrados, prevê-se a necessidade de fixar em 3000 as vagas de internato.

- Uma implementação faseada da medida permitirá às entidades prestadoras de cuidados de saúde reconfigurarem-se, garantindo os benefícios da medida e adaptarem-se às novas exigências de contextos formativos idóneos, assegurando que os proveitos da medida acompanham *pari passu* os custos de implementação da mesma.

- Importa também reforçar **o impacto positivo que a especialização dos cuidados de Enfermagem poderá ter na valorização dos profissionais**, conferindo-lhes a possibilidade de construírem uma carreira profissional, e incentivando à renovação contínua da sua formação.

# I. Enquadramento geral

1. **A expansão de algumas morbilidades**, em particular as relacionadas com o aumento da esperança média de vida e doenças crónicas, assim como a **evolução demográfica**, que evidencia um envelhecimento da população, apresentam-se como um enorme **desafio aos actuais sistemas de saúde, à definição das suas políticas e consequente orçamento para esta área.** Por um lado, os cuidados prestados são cada vez mais complexos e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais exigentes do ponto de vista tecnológico. Por outro lado, a população envelhecida, com inúmeras comorbilidades e cronicidade associada, requer acompanhamento permanente e especializado. Adicionalmente, as mudanças organizacionais, pautadas por uma maior premência dos cuidados de saúde primários enquanto porta de entrada no sistema de saúde, público ou privado, implicam uma reorganização da prestação dos cuidados de saúde.

2. Pese embora os desafios futuros que colocarão uma pressão adicional no sistema de saúde, **importa também garantir que, no presente, o sistema de saúde está dotado do número adequado de profissionais**, em particular de Enfermagem, que garanta **a prestação atempada, segura e eficaz dos cuidados de saúde**. A não satisfação de rácios mínimos e, por conseguinte, a incapacidade de prestar todos os cuidados devidos poderá, no limite, colocar a própria vida dos clientes em risco[i].

3. Neste contexto, **a especialização dos recursos humanos em saúde** surge como uma **resposta aos actuais e futuros desafios societais**, permitindo gerar economias de escala e de conhecimento, que asseguram a melhoria da produtividade, se reflectem em **ganhos de eficiência e efectividade em saúde** e numa **prestação de cuidados de saúde de qualidade**, mas também à necessidade de assegurar as dotações adequadas nas instituições de saúde.

4. Esta resposta procura fundamentalmente reforçar o conhecimento especializado dos recursos humanos. É, como tal, um **investimento em capital humano**, que repetidamente se tem revelado um investimento não apenas necessário, mas fundamental para o crescimento económico, bem-estar social e, acima de tudo, para garantir mais e melhor saúde.

5. No que respeita aos cuidados de Enfermagem, é já amplamente reconhecido que o número de Enfermeiros, bem como a sua educação, qualificação e condições em que praticam a sua actividade, estão directamente relacionados com a qualidade e segurança inerente aos serviços prestados. Estes profissionais, em número

suficiente, com os conhecimentos e capacidades adequadas e a operar no ambiente de trabalho correcto, são decisivos para alcançar os objetivos primordiais em saúde de uma nação, contribuíndo positivamente para uma melhoria em diversos indicadores, tais como mortalidade, resultados clínicos, qualidade de atendimento, satisfação do cliente e custos associados.[ii]

6. Com este relatório pretende-se dar a conhecer, de forma sintética, **qual o panorama internacional** e as **boas práticas de países de referência** no tema da especialização em Enfermagem; quais os **principais resultados quantitativos e qualitativos apontados na evidência empírica**; e ainda **estimar o impacto económico e orçamental** da medida, garantindo a exequibilidade da proposta no contexto económico-financeiro do país.

7. Este documento procura ser de carácter objectivo e independente, apresentando os principais efeitos da especialização e da formação avançada em Enfermagem, e procurando averiguar se a prática especializada em Enfermagem poderá, ou não, contribuir para obtenção de ganhos em saúde e para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

8. É ainda apresentado o enquadramento dos potenciais efeitos esperados da especialização destes profissionais no contexto Português, e desenvolvida uma análise custo-benefício que apresenta os principais encargos e ganhos quantitativos que devem ser considerados, por forma a garantir a sua execução no âmbito das regras orçamentais, e assegurando a continuidade da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde.

9. O estudo desenvolvido sugere que os potenciais **benefícios da especialização em Enfermagem se encontram alinhados com os objectivos primordiais do SNS**: assegurar a protecção da saúde e garantir o acesso a cuidados a todos os cidadãos. A evidência empírica parece ainda corroborar a hipótese de que a especialização pode, de facto, contribuir para a concretização destes objectivos.

10. Salienta-se ainda o facto da maioria da evidência empírica internacional sobre os efeitos da especialização em Enfermagem ir ao encontro daqueles que são alguns dos grandes objectivos do Governo para a Saúde, tal como descritos no **Programa do XXI Governo Constitucional**:

    - Apostar em **novos modelos** de cooperação entre profissões de saúde, no que respeita à repartição de competências e responsabilidades;
    - **Melhorar a qualidade** dos cuidados de saúde;

- **Reduzir as desigualdades** entre cidadãos no acesso à saúde**;**
- **Simplificar o acesso** aos cuidados de saúde, aproveitando os meios de proximidade;
- Apostar em medidas de **promoção da saúde e de combate à doença**;
- Criar um ambiente favorável ao **envelhecimento activo e saudável**, reforçando os cuidados continuados prestados no domicílio;
- Criar uma **abordagem integrada e de proximidade da doença crónica**, cobrindo a hipertensão, a diabetes, a doença cardiovascular e a doença oncológica.

11. Os resultados mais relevantes dos estudos que avaliam a prática especializada em Enfermagem mostram precisamente o seu **efeito positivo na qualidade dos serviços** de saúde prestados e na **melhoria no acesso** aos cuidados de saúde, nomeadamente dos residentes em áreas rurais.

12. A evidência empírica sobre o tema é também unânime relativamente à importância dos cuidados prestados por estes profissionais no acompanhamento, educação, aconselhamento e promoção de boas práticas, assim como no que respeita à **relevância dos enfermeiros especialistas para a gestão das doenças crónicas** e para a melhoria dos resultados em saúde do cliente.

---

[i] Needleman et al (2011)

ii Aiken et al (2011), Linda et al (2012), Tubbs-Cooley et al (2012) e Aiken et al (2014).

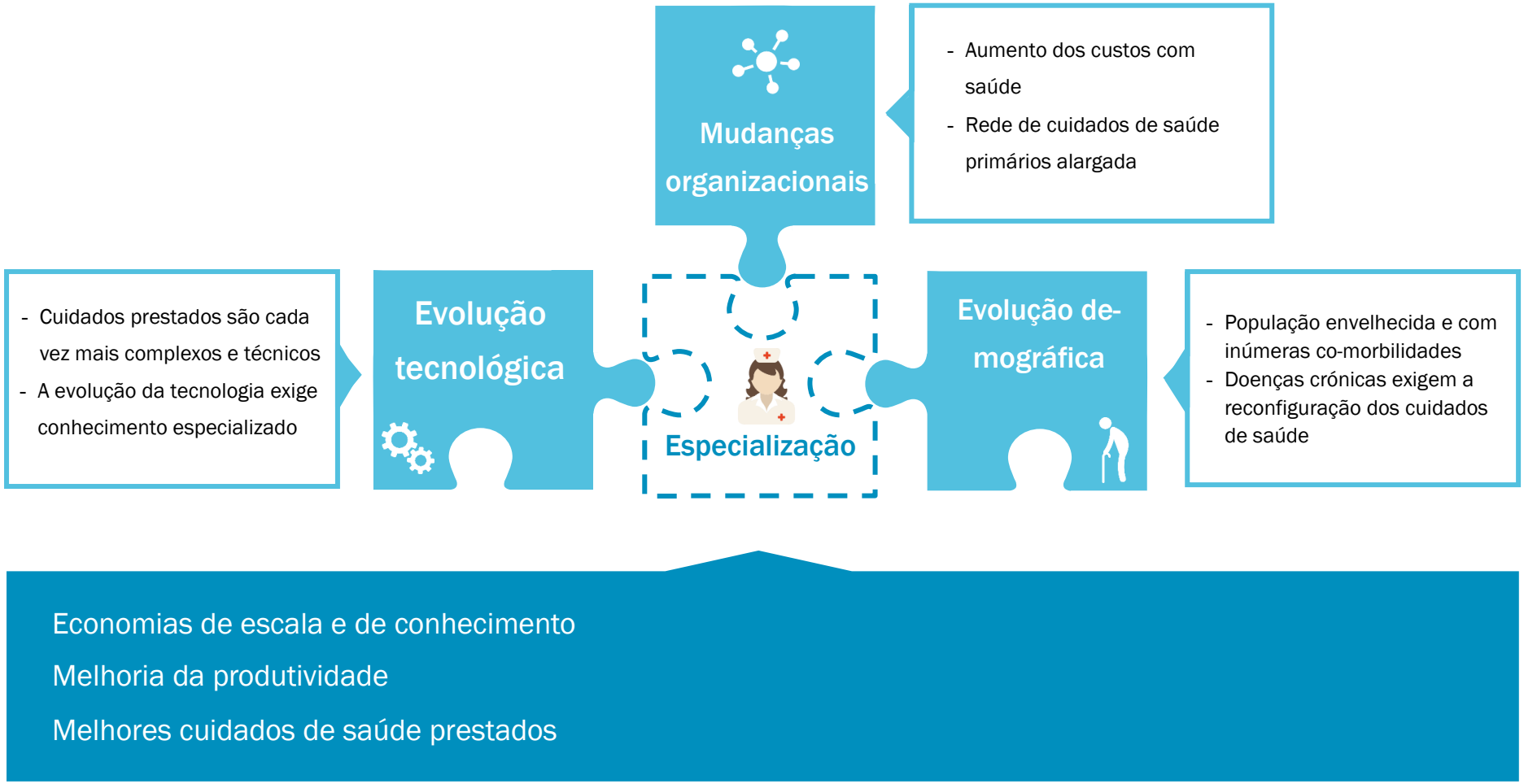


Figura 1 - O racional do internato de Enfermagem.

# II. Especialização em Enfermagem: uma tendência internacional

## *Definição de enfermeiro em funções avançadas*

13. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), um enfermeiro com formação avançada é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu **conhecimentos especializados**, possui uma **elevada capacidade de decisão** e **competências clínicas** para uma prática avançada[4]. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada.

14. De uma forma mais geral, o termo é usado como referência a todos os enfermeiros que desempenham funções que extravasam o tradicional domínio de prática de Enfermagem, exercendo actividades altamente diferenciadas no contexto da prática clínica. Assim, a prática avançada prende-se com o título, com o âmbito da prática e com a formação subjacente.

15. Não existe, contudo, uma uniformização na aplicação destes termos e dos requisitos para o acesso à prática avançada, sendo grande a variação entre países. De uma forma geral, existe uma **diferenciação entre Enfermeiro Especialista** (em inglês, *Clinical Nurse Specialist*) e **Enfermeiro com Funções Avançadas** (em inglês, *Nurse Practitioner* ou *Advanced Nurse Practitioner*). No primeiro caso, o enfermeiro especializa-se numa determinada área clínica, adquirindo as competências e o *know-how* adicional para providenciar cuidados mais específicos. No segundo caso, o enfermeiro extravasa o domínio tradicional da Enfermagem, desempenhando também funções que tipicamente estão associadas aos médicos clínicos gerais. Este relatório visa especificamente o Enfermeiro Especialista (doravante, EE).

16. O âmbito da prática avançada de Enfermagem também varia de país para país. Nos países onde a função avançada está estabelecida, o cargo está bem definido e o leque de competências que podem ser desempenhadas é muito alargado. Nos restantes casos consiste apenas no desempenho de uma ou duas funções clínicas para além das tipicamente executadas por um enfermeiro licenciado, sendo que, em alguns casos, a formação especializada existe, mas é subaproveitada no contexto organizacional.

17. Noutros casos, existe formação especializada em diversas áreas da prática clínica, devidamente reconhecida pelo órgão regulador/Ordem dos Enfermeiros (OE), que atribui o título de Enfermeiro especialista. Neste contexto, as competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e para os seus clientes. Contudo, e apesar dos ganhos obtidos com este *know how*, as entidades de saúde empregadoras destes Enfermeiros não os enquadram na estrutura formal da organização como tal, o que se repercute negativamente a vários níveis, nomeadamente o remuneratório. É o caso de Portugal.

## *Enfermeiro especialista com funções avançadas: uma tendência internacional*

18. Segundo um estudo da OCDE[5], a implementação de políticas que promovam a especialização dos profissionais de Enfermagem e o desempenho de funções avançadas e diferenciadas é uma **tendência em crescimento**.

19. Diversos países, como a Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Finlândia, Holanda, Irlanda, Nova Zelândia e o Reino Unido, têm **promovido uma expansão do papel do profissional de Enfermagem** como resposta a vários desafios societais que os sistemas de saúde actualmente enfrentam, em particular o envelhecimento das populações e a co-morbilidade associada, a maior prevalência de doenças crónicas e a maior incidência de doenças mentais — o que requer um acompanhamento permanente e especializado. O enfoque está também num maior acesso aos cuidados de saúde, em particular nas zonas interiores, promovendo assim uma maior equidade territorial.

20. Ao nível de outros países, nomeadamente alguns anteriormente referidos, o enfermeiro com formação avançada pode realizar, para além das que lhe estão acometidas, outras actividades, vulgarmente identificadas no âmbito do acto médico, como:

    a. Prescrição de medicamentos
    b. Diagnóstico e avaliação de saúde
    c. Marcação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica
    d. Decisões de tratamento
    e. Gestão de uma carteira de clientes
    f. Referenciação
    g. Primeiro ponto de contacto.

21. Outros países, como é o caso da Alemanha, Áustria, Croácia, Chipre, França, Islândia, Israel, Lituânia, Noruega, Espanha, Suécia ou Suíça, estão neste momento **em fase de implementação de programas de formação avançada**, embora a prática esteja ainda limitada. Com efeito, nestes países os ANP podem apenas praticar um conjunto mais restrito das tarefas clínicas listadas no ponto 20.

22. Finalmente, na Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Estónia, Hungria, Itália, Letónia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Portugal e na República Checa, e pese embora em alguns destes países já existirem especialidades em Enfermagem, a função de EE

não está ainda plenamente plasmada na estrutura organizacional das suas instituições de saúde, ou não está definido o mecanismo que confere o grau. Assim, das funções elencadas no ponto 20, poucas são as efectivamente desempenhadas.

23. Em vários destes países as funções avançadas não estão necessariamente circunscritas à prática clínica médica, mas **à prestação de cuidados de saúde altamente diferenciados em áreas de especialização**. Nestes casos, o enfermeiro com funções avançadas não se substitui necessariamente ao clínico geral, mas possui competências muito especializadas em determinada área, papel a que o termo Enfermeiro Especialista geralmente se refere. Tradicionalmente, é o caso das enfermeiras parteiras, que possuem conhecimento especializado em saúde materna e obstétrica. Actualmente, o número e o âmbito das especializações têm vindo a alargar-se consideravelmente.

24. A Tabela 1 providencia um resumo dos países que têm a função de ANP/EE, em sentido lato, bem estabelecida, e quais as competências que podem ser desempenhadas em cada país.

Tabela 1 - Vários países da OCDE já têm o papel de ANP reconhecido, e vários outros estão em processo de implementação. Fonte: Maier et al (2016) Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. OECD Working Papers. *Forthcoming*.

| | **Países** | **Formação NP/ANP** | **Prática clínica avançada (cuidados de saúde primários)** |
|---|---|---|---|
| *Enfermeiros com funções avançadas de prática médica* | Austrália, Canadá, Finlândia, Irlanda, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido, Estados Unidos da América | Sim | Autorizados a desempenhar todas as seguintes funções:<br>• Prescrever medicação<br>• Diagnóstico e avaliação médica<br>• Pedir testes e exames<br>• Decisões de tratamento<br>• Painel de clientes<br>• Referenciação para especialistas<br>• *Gatekeeper* |
| *Alguns programas de formação avançados, mas a prática ainda não está ao nível avançado* | Alemanha, Áustria, Croácia, Chipre, Espanha, França, Islândia, Israel, Lituânia, Noruega, Suécia, Suíça | Em implementação | Prática avançada limitada, sendo que os ANPs praticam pelo menos uma das actividades clínicas listadas |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Outras funções, mas formação e prática ainda não está ao nível avançado* | Bélgica, Dinamarca, Eslovénia, Estónia, Letónia, Itália, Hungria, Polónia, Portugal, República Checa | Não | Prática avançada limitada, sendo que os ANPs praticam pelo menos uma das actividades clínicas listadas |

## *Racional para o alargamento da especialização em Enfermagem*

25. Segundo um estudo da OCDE[6], aumentar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde e a alteração das necessidades dos utentes, com incidência crescente das doenças crónicas, são três dos principais motivos elencados para justificar a aposta na especialização da Enfermagem. Dos doze países, sete indicaram que aumentar o acesso aos cuidados de saúde é dos motivos mais importantes; seis apontaram a falta de médicos; e cinco países destacaram a qualidade dos cuidados prestados como o principal racional. Um maior acesso aos cuidados visa colmatar a enorme iniquidade intraterritorial, que está, aliás, intimamente relacionada com a falta de médicos nas regiões do interior. De sublinhar que Portugal não esteve incluído nos destinatários deste questionário.

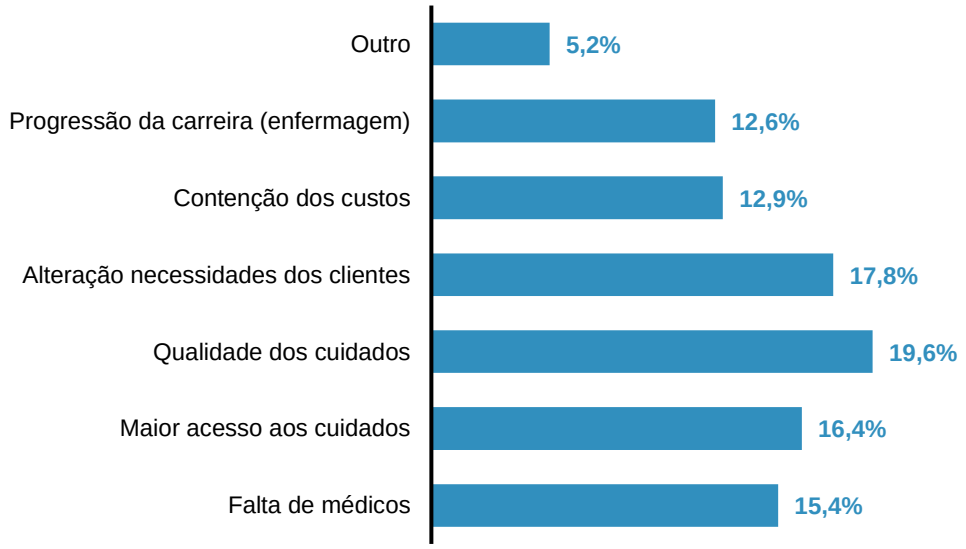


Figura 2 – Principais motivos elencados pelos representantes dos doze países para a promoção da especialização da Enfermagem. Foi calculada uma média simples para as respostas dadas para os seguintes países: Austrália, Bélgica, Canadá, Chipre, Estados Unidos da América, Finlândia, França, Irlanda, Japão, Polónia, Reino Unido, República Checa. Fonte: questionário OCDE (2009) e cálculos dos autores.

26. **A contenção da despesa e a alteração das necessidades dos clientes** também são apontados como factores justificativos da redefinição do papel do enfermeiro. As alterações demográficas e a maior incidência de doenças crónicas de uma população envelhecida alteram significativamente as necessidades em saúde, implicando um reforço dos cuidados de saúde primários e continuados integrados.

27. Finalmente, aumentar **a atractividade da profissão** e melhorar a perspectiva da carreira de Enfermagem também são factores referidos como importantes. Os enfermeiros inquiridos afirmaram peremptoriamente que a existência de uma carreira aumenta significativamente a sua satisfação com o trabalho, de onde resulta também um aumento considerável das taxas de retenção.

28. Países como o Canadá, Estados Unidos da América ou Reino Unido recorrem a enfermeiros com formação avançada há algumas décadas, especialmente ao nível dos cuidados saúde primários. Canadá e EUA estabeleceram o papel de enfermeiro avançado nos anos 60, inicialmente com o objectivo de prestar cuidados de saúde primários em zonas rurais, que tipicamente têm uma densidade de profissionais de saúde muito baixa. O Reino Unido introduziu este papel nos anos 70, com o propósito de aumentar o acesso aos cuidados de saúde. A Finlândia tem também um longo historial de cooperação entre médicos e enfermeiros com formação avançada em equipas pluridisciplinares, especialmente ao nível dos centros de saúde, modelo aliás adoptado pelas Unidades de Saúde Familiar em Portugal. No caso da Bélgica, França, Japão, Polónia ou República Checa a implementação é ainda recente, embora já tenham sido efectuados vários testes piloto.

## *O papel dos enfermeiros com formação avançada nos diferentes países*

29. Considerando os motivos elencados anteriormente, diversos países começaram a implementar o papel do Enfermeiro com Funções Avançadas e o papel do Enfermeiro Especialista para dar resposta aos desafios. Dada a redefinição da prática, assim como a responsabilidade alargada, este processo requer extensa formação adicional, pelo que a efectiva implementação da medida é um processo faseado, que geralmente começa com um reforço das competências e especialização do enfermeiro.

30. A Tabela 2 lista os países onde o estatuto de ANP e do EE é reconhecido, assim como os limites ao âmbito das funções clínicas. Na maior parte dos casos os ANPs podem determinar decisões de tratamento, prescrever medicação e dispõem de maior autonomia nas funções clínicas. Os EE, por seu lado, estão geralmente constritos às práticas de Enfermagem, embora num âmbito mais alargado.

Tabela 2 - Quadro resumo com os países que reconhecem o estatuto de enfermeiro avançado, e qual a extensão permitida da prática clínica.

| | País | Estatuto reconhecido | Autoridade para determinar tratamento | Autoridade para prescrever medicação | Autoridade para prática clínica autónoma |
|---|---|---|---|---|---|
| | Austrália | ✔ | ✔ | ✔ | ✔ |
| | Bélgica | ✔ | - | - | - |
| | Canadá | ✔ | ✔ | ✔ | ✔ |
| | EUA | ✔ | ✔ | ✔ | ✔ |
| | Finlândia | ✔ | ✔ | - | - |
| | Irlanda | ✔ | ✔ | ✔ | ✔ |
| | Holanda | ✔ | ✔ | ✔ | ✔ |
| | Reino Unido | ✔ | ✔ | ✔ | ✔ |

31. A extensão da actividade clínica dos enfermeiros com formação avançada nestes países está constrita, contudo, aos cuidados de saúde primários e a pessoas com doenças crónicas e estabilizadas, onde as decisões de tratamento, as prescrições e a própria actividade clínica estão **balizadas** e **protocoladas**.

32. As funções avançadas não estão limitadas, contudo, à actividade clínica. Com efeito, em muitos destes países enfermeiros especialistas desempenham funções autónomas avançadas no contexto da sua especialização.

## *Impacto da especialização e da formação avançada nos cuidados de saúde*

33. A Tabela 11 (Anexo B) sumaria o impacto do recurso a EE/ANPs nos diversos países onde a prática avançada de Enfermagem já é uma realidade e em que está devidamente enquadrada. Nestes países, os enfermeiros desempenham funções avançadas no contexto dos cuidados de saúde primários e na gestão das doenças crónicas, especialmente em casos em que o cliente está estabilizado, e no contexto das suas especializações.

34. Em síntese, os estudos efectuados no Canadá revelam que **aumentou o acesso aos cuidados de saúde primários e de emergência**, existe um maior nível de satisfação com EEs por parte dos clientes, e a colaboração entre prestadores aumenta. Verificou-se também uma **redução de 40% na procura dos serviços de urgência** e **menos custos com o consumo de fármacos** (devido a intervenção antecipada e menos complicações)[7].

35. No caso da Finlândia verificou-se também um **melhor acesso aos cuidados de saúde** (maior número de clientes observados em 3 dias), melhor planeamento das visitas de *follow-up* e aumento da taxa de cumprimento de protocolos clínicos. De forma análoga ao Canadá, **as consultas de emergência médica também se reduziram entre 18 a 25%**[8].

36. Os resultados no Reino Unido não variaram muito dos observados no Canadá e na Finlândia para indicadores de acesso. Em termos de ganhos em saúde, os estudos do Reino Unido estão mais focados na comparação entre a prática clínica médica desempenhada por ANPs comparativamente a clínicos gerais, saindo fora do objecto deste estudo. Note-se, contudo, que a evidência empírica parece sugerir que não existe uma diferença substantiva entre a qualidade dos cuidados prestados[9].

37. No que concerne à avaliação de custos, as avaliações de impacto indicam que **um maior recurso aos EEs é neutro em termos de custos ou pode até reduzi-los ligeiramente**, comparativamente a uma prestação mais centrada no médico, quando existe transferência de tarefas. No caso da prestação de cuidados suplementares o custo pode aumentar. Contudo, nenhum dos estudos incorpora as potenciais poupanças geradas pela capacidade acrescida em evitar complicações e reincidências, assim como as economias de experiência que resultam da especialização, benefícios por regra mais difíceis de quantificar.

## *Enfermeiros em funções avançadas: o caso Português*

38. Em Portugal, existem seis especialidades de Enfermagem actualmente reconhecidas por lei, nomeadamente: Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

39. Actualmente, já se concluiu o processo de reconhecimento, por parte da Ordem dos Enfermeiros, de novas áreas de especialização em Enfermagem (Regulamento n.º 168/2011 publicado em Diário da República), nomeadamente: Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, Enfermagem de Saúde Familiar, e Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública[10].

40. Pese embora a existência estatutária destas especialidades e a formação clínica e académica que lhes confere titularização, assim como a existência de uma força de trabalho especializada que se estima em 26% de todos os enfermeiros registados, o sistema de saúde português, e em particular o Serviço Nacional de Saúde, não tem, na actualidade, implementada a estrutura formal para o reconhecimento e aproveitamento plenos desta prática diferenciada.

41. Não existem, como tal, trabalhos que avaliem o impacto de EEs no sistema de saúde português, público ou privado, e os trabalhos que procuram estimar o seu impacto potencial, ainda que como mero exercício conceptual, escasseiam. Embora saia fora do principal objectivo a que este trabalho se propõe (que consiste, recorde-se, na avaliação do impacto dos enfermeiros especialistas), não é despiciente referir um estudo em que foram conduzidas algumas entrevistas a gestores hospitalares, e que procuram **avaliar a capacitação** dos profissionais de Enfermagem para desempenhar algumas das funções geralmente atribuídas aos médicos[11]. Os resultados são muito promissores, revelando que a capacitação técnica e a capacidade formativa existem, não existindo ainda um processo de construção de consensos sobre a possibilidade desta prática e nem tão pouco enquadramento normativo que utilize adequadamente estas competências altamente diferenciadas.

42. Foram realizadas entrevistas a gestores de primeira linha dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), estruturas criadas em 2009, com o objectivo de melhorar a coordenação e eficiência dos serviços de saúde básica[iv]. À pergunta *"Há*

*algumas tarefas, entre aquelas frequentemente executadas por médicos, que poderiam ser realizadas por enfermeiros apropriadamente treinados"*, 88% (n=101) concorda, sendo que destes mais de 40% concorda plenamente.

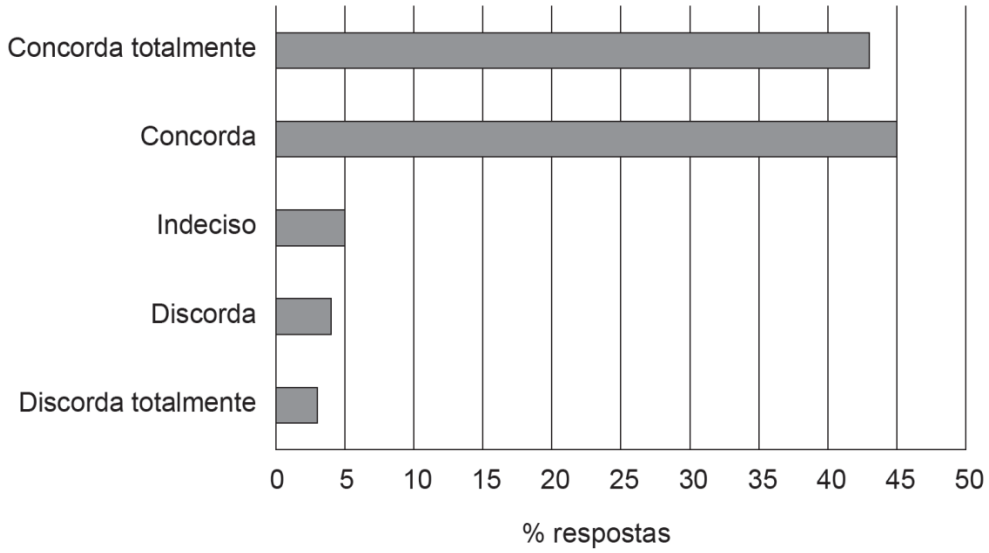


Figura 3 - Distribuição de respostas à afirmação "Há algumas tarefas, entre aquelas frequentemente executadas por médicos, que poderiam ser realizadas por enfermeiros apropriadamente treinados"

43. Já à pergunta *"As oportunidades criadas pela expansão das funções de enfermeiros poderiam compensar quaisquer riscos potenciais"*, cerca de 74% concorda, dos quais cerca de 20% concorda totalmente (n=101).

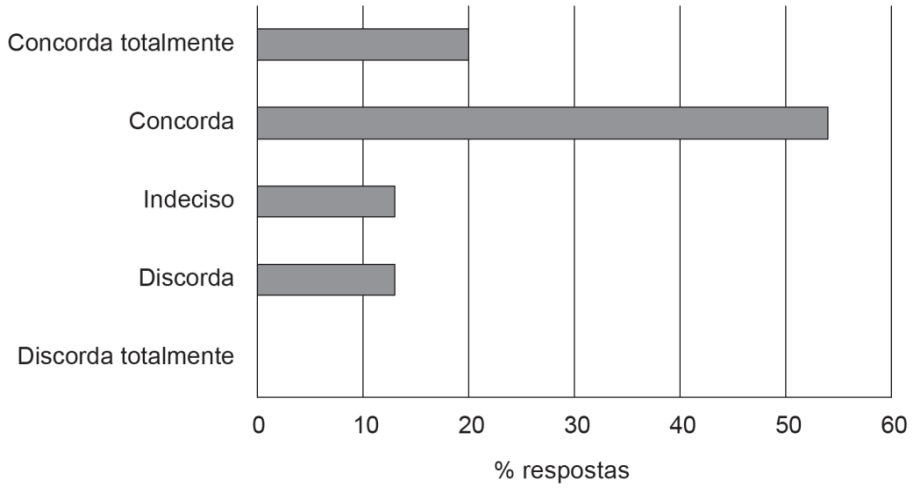


Figura 4 - Distribuição de respostas à afirmação "As oportunidades criadas pela expansão das funções de enfermeiros poderiam compensar quaisquer riscos potenciais".

44. Finalmente, à questão *"A expansão das funções dos enfermeiros permitia a substituição de insumos mais caros por insumos mais baratos"*, 57% concorda, dos quais mais de 15% concorda plenamente (n=101).

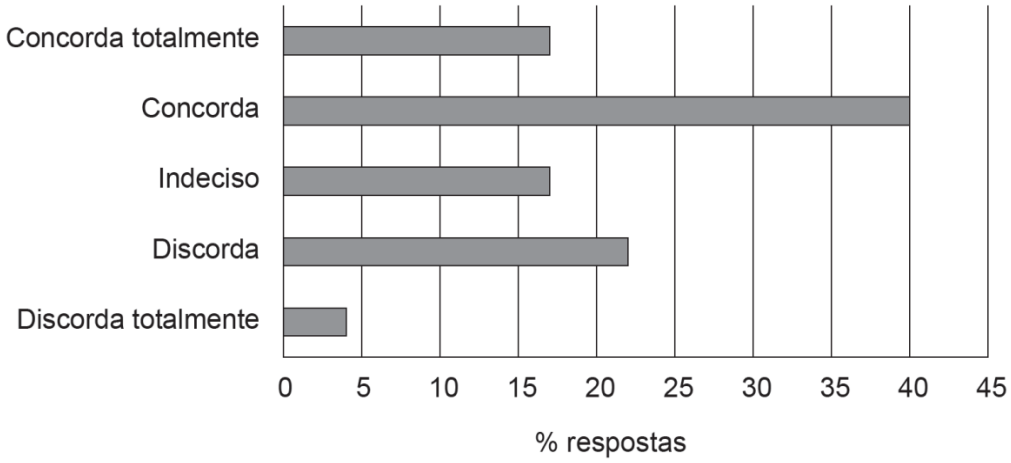


Figura 5 - Distribuição de respostas à afirmação "A expansão das funções dos enfermeiros permitia a substituição de insumos mais caros por insumos mais baratos".

[4] ICN (2002)

[5] Maier (2016)

[6] Delamaire, M. and G. Lafortune (2010)

[7] Martin-Misener et al (2009)

[8] Peltonen (2009), Hukkanen and Vallimies-Patomaki (2005)

[9] Horrocks et al. (2002), Kinnersley et al. (2000), Venning et al. (2000)

[10] Regulamento n.º 168/2011, Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem, publicado dia 8 de março de 2011 na 2ª série do Diário da República

[11] Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. (2013)

# III. Evidência empírica: os resultados da especialização em Enfermagem

## *Decisão baseada em evidência*

45. **O Serviço Nacional de Saúde (SNS) visa assegurar a protecção da saúde e garantir o acesso a cuidados a todos os cidadãos** (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro). Desta forma, a análise de qualquer alteração ou medida a implementar no sector da saúde deverá ser, naturalmente, centrada no cliente, nos potenciais efeitos na saúde e no acesso aos cuidados de saúde pela população, devendo garantir que as medidas a tomar estão não só alinhadas com aqueles que são os objectivos primordiais do SNS, mas que têm também potencial de contribuir para a sua melhor concretização.

46. A análise dos potenciais efeitos da especialização e da formação avançada em Enfermagem deverá ser orientada nesse sentido, procurando averiguar se a prática especializada de Enfermagem poderá, ou não, contribuir para obtenção de ganhos em saúde e para um melhor acesso aos cuidados de saúde.

47. Dado que não é possível estudar os efeitos reais da implementação desta medida no caso Português, qualquer decisão deverá ser baseada na evidência existente, nomeadamente na evidência empírica dos diversos países que implementaram a especialização e/ou a formação avançada em Enfermagem e que estudaram os diversos efeitos dessa implementação. Neste caso, considera-se que **a decisão baseada em evidência empírica internacional é a decisão mais informada possível.**

48. A literatura internacional sobre os efeitos da especialização em Enfermagem desenvolveu-se consideravelmente nos últimos anos, principalmente em países onde a especialização foi implementada há mais tempo, como é o caso dos EUA, do Canadá, do Reino Unido e da Austrália, para os quais diversos estudos que analisam o efeito da especialização nos diferentes tipos de cuidados de saúde prestados têm sido publicados.

## *Literatura internacional sobre os efeitos da especialização*

49. Entre a literatura internacional sobre os efeitos da especialização e da formação avançada de Enfermagem é possível encontrar estudos de teor mais qualitativo, direccionados para a reflexão e exploração dos principais fundamentos e argumentos teóricos que estão na origem da especialização dos profissionais de Enfermagem, assim como estudos de carácter empírico, cujo foco é testar as hipóteses teóricas formuladas sobre o que parecem ser as principais vantagens e desvantagens da especialização em Enfermagem, usando exemplos reais.

50. Dado que os estudos teóricos são o principal ponto de partida para as análises empíricas realizadas, foi feita **uma análise sobre os principais argumentos e resultados** que, de acordo com a literatura, se espera que decorram da especialização em Enfermagem.

51. No que respeita aos argumentos mais frequentemente mencionados, destacam-se a necessidade de aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados, de garantir que a população tem acesso a cuidados de saúde e de dar resposta às necessidades de uma população envelhecida, onde uma gestão integrada da doença crónica se torna cada vez mais importante.

52. Relativamente aos principais efeitos esperados, destaca-se o potencial impacto da especialização no acesso aos cuidados de saúde, na satisfação dos clientes, nos diversos indicadores de saúde e bem-estar, na qualidade dos serviços prestados, nos custos associados à prestação dos serviços e à realização e compromisso dos profissionais de Enfermagem. Estes efeitos podem, de uma forma geral, ser agrupados com base naquelas que são as principais partes interessadas nos resultados decorrentes da especialização: 1) clientes e população; 2) profissionais e mercado de trabalho; e 3) entidades prestadoras de cuidados de saúde.

53. A Figura 6 representa os três principais eixos de análise dos resultados da especialização em Enfermagem. Os três eixos estão, naturalmente, interligados: uma vez que **tanto os profissionais do sector da saúde como as entidades responsáveis pela prestação dos cuidados estão centradas nos clientes e na sua saúde**, o eixo principal é o eixo *1) clientes e população*, pelo que o sucesso dos restantes eixos depende sempre, em último caso, do sucesso deste. Adicionalmente, existe também uma dependência entre aqueles que são os objectivos das entidades prestadoras dos cuidados de saúde e os dos seus profissionais: os objectivos de ambos devem estar alinhados para que seja garantida a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Figura 6 - Principais eixos para análise dos efeitos da especialização e da formação avançada em enfermagem, de acordo com aquelas que são as principais partes interessadas nos resultados da especialização.

54. Uma vez que o mais relevante, para o presente contexto, é a análise daquilo que a evidência internacional pode revelar sobre os principais resultados da prática especializada em Enfermagem, o foco desta análise são os estudos empíricos. Os resultados destes estudos, ainda que possam não ser directamente transpostos para o contexto Português – por questões estruturais, regulamentares ou culturais – revestem-se de **extrema relevância ao suportarem análises devidamente informadas e ao permitirem que as decisões que delas decorram sejam baseadas em evidência,** e possam, assim, beneficiar do conhecimento e experiências prévios.

55. É possível verificar que estes estudos diferem substancialmente, nomeadamente em termos dos cuidados prestados que são alvo de análise, dos prestadores de cuidados cujos resultados são alvo de comparação e dos indicadores analisados.

56. Considerando que o presente documento visa apenas dar a conhecer os efeitos da especialização em Enfermagem, todos os estudos aqui mencionados avaliam o efeito do recurso a EEs ou comparam o trabalho especializado/avançado em Enfermagem com o trabalho prestado por enfermeiros não especializados. Neste contexto, e seguindo o propósito da análise, não são incluídas quaisquer comparações entre outros grupos de profissionais, como médicos ou outros profissionais de saúde.

## *Metodologia para a revisão da literatura*

57. Para a revisão da literatura empírica sobre os efeitos da especialização em Enfermagem foram considerados diversos artigos científicos publicados nos últimos 25 anos (entre 1993 e 2017). Os artigos analisados são, na sua maioria, provenientes das seguintes bases de dados online: *PubMed*, *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts* e *MedicLatina*.

58. Inicialmente foram efectuadas duas pesquisas: uma à base de dados PubMed e outra realizada às restantes bases de dados através da plataforma EBSCO. Em ambas as pesquisas foi utilizado um conjunto de termos de pesquisa (Figura 7) relacionados com a especialização em Enfermagem e diferentes combinações destes termos. Os 50 primeiros artigos resultantes de cada uma dessas pesquisas – ordenados por relevância – foram considerados para a análise.

59. Da leitura dos títulos e resumos dos artigos considerados foram excluídos os artigos que i) não se enquadravam no âmbito do estudo apesar de incluírem os termos de pesquisa utilizados; ii) não reportavam resultados qualitativos nem quantitativos; iii) eram focados em problemas de saúde muito específicos, não permitindo obter uma visão mais abrangente dos efeitos da especialização; ou iv) tinham como principal foco comparações não relevantes para estudo em causa (comparações entre enfermeiros especialistas e médicos, por exemplo). Da aplicação destes critérios resultaram 11 artigos para análise mais detalhada.

60. Como forma de complementar a evidência empírica fornecida pelos artigos seleccionados foram realizadas pesquisas adicionais em bases de dados agregadoras, utilizando os mesmos termos de pesquisa ou através da pesquisa específica por artigos referenciados pelos artigos iniciais, nomeadamente em alguns artigos de revisão encontrados. Destas pesquisas resultaram 21 artigos adicionais, pelo que o número total de artigos considerados relevantes para a análise, que foram detalhadamente analisados posteriormente, perfez um total de 32 artigos.

61. Por se pretender apresentar uma visão abrangente e fidedigna dos efeitos da especialização, todos os estudos considerados relevantes foram incluídos, independente dos resultados obtidos – estudos que demonstraram não existir qualquer diferença entre os grupos analisados foram igualmente considerados, pois a informação transmitida é de igual modo relevante quando comparada com a informação fornecida pelos estudos que, pelo contrário, demonstraram a existência de

diferenças significativas nos resultados dos dois grupos, positivas ou negativas – e independentemente de, por vezes, os resultados parecerem contraditórios entre si.

62. A metodologia de pesquisa pode ser brevemente resumida da seguinte forma:

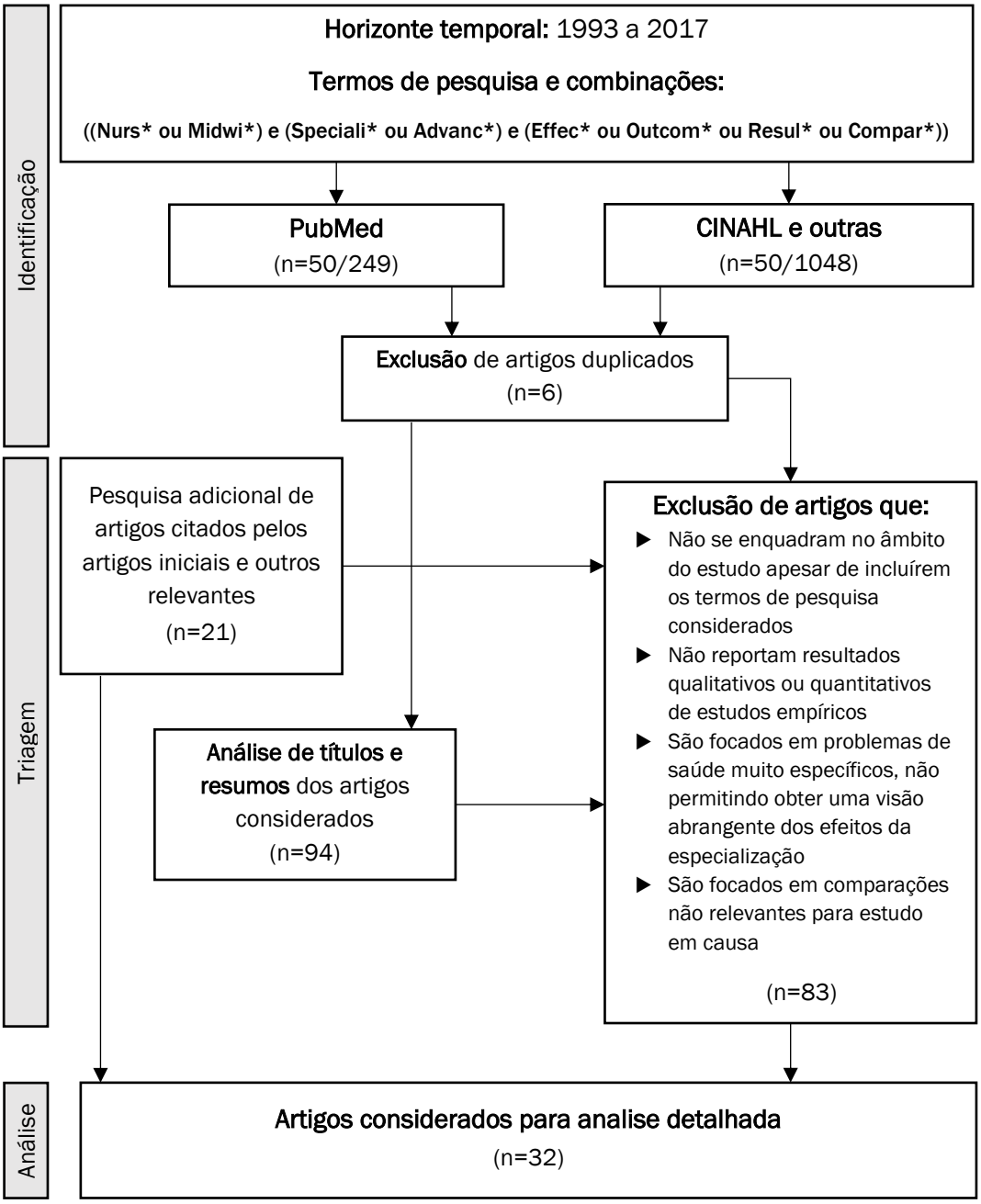


Figura 7 - Metodologia adoptada na selecção de artigos a incluir na análise da evidência empírica internacional sobre o efeito da especialização em Enfermagem.

63. Dos 32 artigos que resultaram da aplicação da metodologia acima descrita, 31 estão publicados em 23 revistas científicas indexadas internacionais (ISI). A única excepção é um relatório técnico publicado por uma instituição[11]. As principais características das revistas científicas internacionais que publicaram os artigos considerados na análise são apresentadas na Tabela 3.

64. Estes estudos, cujas principais características e resultados são apresentados no Anexo C, foram analisados à luz de três eixos distintos, tendo por base a agregação apresentada no ponto 53. Os principais resultados para cada eixo são descritos e objectivamente avaliados nos pontos que se seguem. Ressalva-se que, uma vez que questões relacionadas com os custos e os benefícios monetários potencialmente associados à especialização em Enfermagem serão detalhadamente analisadas na Secção IV deste documento, por agora serão apenas mencionados de forma genérica.

[11] NCNM (2005) - A Preliminary Evaluation of the Role of the Advanced Nurse Practitioner. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. September, 2005. Ireland.

Tabela 3 - Revistas científicas internacionais que publicaram os artigos considerados na análise

| Revista | Editor | ISSN | Número de artigos | *Impact factor* 2016 | *Impact factor* 5 anos |
|---|---|---|---|---|---|
| American Journal of Critical Care | Amer Assoc Critical Care Nurses | 1062-3264 | 4 | 1.883 | 2.240 |
| AORN Journal | Elsevier Science Inc | 0001-2092 | 3 | 0.753 | - |
| British Journal of Nursing | Mark Allen Healthcare | 0966-0461 | 2 | 0.470 | 0.526 |
| Nursing Outlook | Elsevier Science Inc | 0029-6554 | 2 | 2.236 | 2.528 |
| American Journal of Managed Care | Managed Care & Healthcare Communications Llc | 1088-0224 | 1 | 1.321 | 2.014 |
| American Journal of Nursing | Lippincott Williams & Wilkins | 0002-936X | 1 | 1.663 | 1.728 |
| Canadian Oncology Nursing Journal | Canadian Association Of Nurses In Oncology | 1181-912X | 1 | 0.230 | 0.294 |
| Clinical Journal of Oncology Nursing | Oncology Nursing Soc | 1092-1095 | 1 | 0.627 | 0.904 |
| Clinical Nurse Specialist | Lippincott Williams & Wilkins | 0887-6274 | 1 | 0.766 | 1.029 |
| Critical Care Nursing Clinics of North America | Elsevier Health Sciences Division | 0899-5885 | 1 | 0.391 | 0.431 |
| Diabetes & Primary Care | Sb Communications Group | 1466-8955 | 1 | 0.370 | 0.317 |
| Health Policy | Elsevier Ireland Ltd | 0168-8510 | 1 | 2.119 | 2.380 |
| Journal of Interprofessional Care | Taylor & Francis Inc | 1356-1820 | 1 | 2.205 | 2.546 |
| Journal of Nursing Scholarship | Wiley | 1527-6546 | 1 | 2.396 | 2.811 |
| Journal of Nursing Care Quality | Lippincott Williams & Wilkins | 1057-3631 | 1 | 1.224 | 1.393 |
| Journal of Palliative Medicine | Mary Ann Liebert, Inc | 1096-6218 | 1 | 2.230 | 2.630 |
| Journal of Pediatric Nursing | Elsevier Science Inc | 0882-5963 | 1 | 1.158 | 1.412 |
| Journal of Trauma Nursing | Lippincott Williams & Wilkins | 1078-7496 | 1 | 0.852 | - |
| MedSurg Nursing | Jannetti Publications Inc | 1092-0811 | 1 | 0.520 | 0.592 |
| Oncology Nursing Forum | Oncology Nursing Soc | 0190-535X | 1 | 1.763 | 2.879 |
| Primary Health Care Research & Development | Cambridge Univ Press | 1463-4236 | 1 | 1.147 | - |
| Rehabilitation Nursing | Wiley | 0278-4807 | 1 | 1.769 | 1.421 |
| Issues in Mental Health Nursing | Taylor & Francis Inc | 0161-2840 | 1 | 1.010 | 0.962 |
| Journal of Nursing Administration | Lippincott Williams & Wilkins | 0002-0443 | 1 | 1.386 | 1.839 |

## *Resultados da especialização nos clientes e na população*

65. Os estudos empíricos que analisam o impacto da especialização em Enfermagem nos clientes estão relacionados com os principais objectivos destes intervenientes e da população em geral: **saúde, bem-estar e qualidade de vida**. A Tabela 4 resume os principais indicadores que são usados para avaliar o efeito da especialização e/ou da prática avançada de Enfermagem nos clientes, relacionando-os com estes três objectivos principais. Entre os vários indicadores apresentados destaca-se a frequência com que a mortalidade, as diversas complicações de saúde e a satisfação dos clientes em relação aos cuidados de saúde são analisadas.

Tabela 4 - Principais objectivos e indicadores considerados no Eixo 1 - Clientes e população.

| Eixo | Principais objectivos | Indicadores |
|---|---|---|
| **1. Clientes e população** | **Saúde**<br>dimensão relacionada com a existência de doenças e respectivos sintomas | - Mortalidade<br>- Morbilidade<br>- Diagnóstico e intervenção precoces<br>- Aumento da gravidade das doenças<br>- Reincidências e complicações<br>- Fornecimento de mais cuidados ou de cuidados mais oportunos |
| | **Bem-estar**<br>dimensão relacionada com a avaliação subjectiva de sintomas e com a capacidade de gerir esses sintomas | - Sensibilização e aconselhamento<br>- Maior conhecimento de serviços e autonomia<br>- Maior conhecimento sobre doenças e sintomas |
| | **Qualidade de vida**<br>dimensão relacionada com capacidade de disfrutar das actividades normais de vida | - Satisfação do cliente<br>- Confiança nos profissionais<br>- Aspectos funcionais: capacidade física e mental |

66. Relativamente aos efeitos da especialização na mortalidade, vários estudos foram capazes de demonstrar que a especialização dos enfermeiros tem um impacto positivo na mortalidade. Dos 5 estudos que analisaram a mortalidade, todos eles concluíram que os **cuidados prestados por enfermeiros especialistas ajudam a reduzir as taxas de mortalidade**: unidades com menor percentagem de enfermeiros especialistas são mais propensas a ter taxas de mortalidade mais elevadas. Segundo estes estudos, **um aumento de 10% na proporção de enfermeiros e de enfermeiros especialistas poderá reduzir**

**a mortalidade ajustada a 30 dias nos internamentos em 6% e 2%, respectivamente**.[12] Adicionalmente, foi também demonstrado que a introdução de um programa de cuidados pré-natais, prestados por enfermeiros especialistas em saúde materna ao domicílio a grávidas de alto risco, conseguiu diminuir a mortalidade fetal e infantil em comparação com o grupo de controlo de 9 para 2 casos; o número de hospitalizações de 49 para 41; o número de hospitalizações neonatais de 24 para 18; e permitiu reduzir um total de 750 dias de hospitalização[13].

67. Relativamente aos cuidados recebidos pelos clientes, a evidência empírica mostra que, em unidades hospitalares com enfermeiros especialistas em exercício efectivo de funções, os **clientes receberam cuidados de Enfermagem com maior frequência** e tiveram melhores resultados na sua saúde: cerca de **um terço das complicações[14],** comparativamente com as unidades hospitalares sem enfermeiros especialistas a prestar cuidados de Enfermagem.

68. Nos cuidados de saúde primários a evidência empírica demonstra que a presença de enfermeiros especialistas **aumenta a produção de serviços, nomeadamente, de promoção da saúde, detecção precoce, triagem e tratamento de doenças**. Adicionalmente, estes estudos foram também capazes de demonstrar que enfermeiros especialistas são significativamente mais eficazes tanto na prevenção como na detecção e tratamento de determinados casos comparativamente a enfermeiros não especialistas[15].

69. No que respeita à **qualidade de vida dos clientes, os estudos não apontam todos no mesmo sentido**: enquanto alguns concluem que a qualidade de vida dos clientes não difere significativamente com a introdução de EEs[16], outros concluem que clientes idosos e doentes terminais relatam menos sintomas, maior vitalidade e melhor funcionamento físico e mental em virtude dos cuidados geriátricos e paliativos prestados por enfermeiros especialistas[17].

70. Os estudos demonstram também que **a especialização contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde**, através do melhor atendimento directo ao cliente, com o fornecimento de cuidados mais oportunos, personalizados e abrangentes e, indirectamente, através da educação em relação às doenças, aconselhamento, ajuda na autogestão de doenças e promoção de boas práticas[18]. A melhoria dos cuidados recebidos traduz-se, de acordo com a literatura consultada, numa **maior satisfação dos clientes** relativamente aos cuidados recebidos, que os consideram mais adequados e mais úteis[19].

71. A evidência empírica internacional realça ainda a **relevância dos EEs na gestão da doença crónica** e na melhoria dos resultados clínicos, com efeitos positivos em aproximadamente metade dos casos quando seguidos por EEs[20]. Estudos sobre os resultados da especialização em Enfermagem na gestão de doenças crónicas, como a diabetes ou a hipercolesterolemia, demonstram que os clientes seguidos por EEs têm maior probabilidade de manter ou melhorar o controlo da sua situação de saúde.

## *Resultados da especialização nos trabalhadores e mercado de trabalho*

72. Os estudos empíricos que abordam o impacto da especialização em Enfermagem nos profissionais e nas características do mercado de trabalho são, na sua maioria, e ao contrário dos estudos referentes ao Eixo 1, que têm uma base quantitativa, estudos baseados na opinião dos diversos profissionais de saúde relativamente aos enfermeiros especialistas, ao impacto da sua actividade profissional e à sua satisfação com o trabalho desenvolvido. Na Tabela 5 são apresentados os indicadores mais frequentemente usados nos diversos estudos para avaliar o efeito da especialização e/ou da prática avançada de Enfermagem nos trabalhadores, relacionando-os com os seus principais objectivos: impacto profissional e realização pessoal. Entre eles, destaca-se a importância que é dada à capacidade de realização do trabalho necessário, ao reconhecimento e à satisfação dos trabalhadores.

Tabela 5 - Principais objectivos e indicadores considerados no Eixo 2 - Profissionais e mercado de trabalho.

| Eixo | Principais objectivos | Indicadores |
|---|---|---|
| **2. Profissionais e mercado de trabalho** | **Impacto profissional**<br>dimensão relacionada com o comportamento e atitudes dos profissionais de saúde e com a cultura da prestação de serviços | - Conhecimento, competência e compromisso<br>- Reconhecimento profissional<br>- Desenvolvimento do serviço e contribuição para equipas mais competentes<br>- Formação contínua<br>- Realização profissional |
| | **Realização pessoal**<br>dimensão relacionada com a satisfação pessoal no trabalho | - Satisfação no trabalho<br>- Perspectivas de carreira<br>- Retenção de trabalhadores |

73. Entre 51% e 97% dos enfermeiros especialistas concordam com declarações sobre o valor da especialização, relacionadas com os sentimentos de **realização e satisfação pessoais e com o reconhecimento das competências especializadas**. Admitem ter mais capacidade técnica e competência clínica decorrente da especialização e indicam também maior crescimento profissional, melhores padrões na prática da profissão, maior confiança, maior desafio pessoal e compromisso profissional, maior responsabilidade e maior credibilidade por parte dos restantes profissionais de saúde[21] (Figura 8).

| Value Statement | % Agreement |
|---|---|
| Enhances feeling of personal accomplishment | 97.2 |
| Provides personal satisfaction | 96.6 |
| Validates specialized knowledge | 95.2 |
| Indicates professional growth | 93.7 |
| Indicates attainment of a practice standard | 92.8 |
| Provides evidence of professional commitment | 92.2 |
| Provides professional challenge | 91.8 |
| Enhances professional credibility | 90.9 |
| Enhances personal confidence in clinical abilities | 85.0 |
| Indicates level of clinical competence | 82.1 |
| Provides evidence of accountability | 81.9 |
| Increases marketability | 75.5 |
| Promotes recognition from peers | 72.2 |
| Enhances professional autonomy | 69.9 |
| Promotes recognition from other health professionals | 66.8 |
| Promotes recognition from employers | 63.7 |
| Increases consumer confidence | 50.5 |
| Increases salary | 30.7 |

Figura 8 – Percentagem de enfermeiros especialistas que concorda com os efeitos da especialização elencados, num universo de 1367 enfermeiros. Fonte: Gaberson et al., 2003.[22]

74. De um modo geral, a evidência empírica encontrada sugere que:

i. A relação entre a especialização dos enfermeiros e a sua percepção relativamente à capacidade, competência e aptidão para o trabalho desempenhado é positiva e estatisticamente significativa[23];

ii. Enfermeiros especialistas tendem a possuir maior conhecimento sobre as doenças e os respectivos tratamentos: os resultados dos testes aos conhecimentos de ambos os grupos mostram que os **enfermeiros especialistas possuem maior conhecimento e têm menos incidentes e complicações no atendimento ao cliente**[24];

iii. Nos E.U.A e no Canadá, estudos empíricos demonstram que cerca de metade dos enfermeiros especialistas afirma que a especialização originou recompensas financeiras, directas ou indirectas, e melhorou as perspectivas de carreira[25];

iv. Enfermeiros **especialistas participam em acções de formação contínua com mais frequência** do que enfermeiros não especialistas[26];

v. A maior satisfação reportada pelos clientes[27] atendidos por enfermeiros especialistas resulta em grande parte da qualidade da comunicação estabelecida e do entusiasmo, compromisso e profissionalismo destes profissionais de Enfermagem;

vi. **A especialização aumenta a colaboração com outros profissionais de saúde**: os enfermeiros especialistas relatam maior nível de colaboração efectiva com médicos e outros profissionais de saúde, que resultam em níveis mais elevados de conhecimento e em atitudes mais positivas nas equipas de Enfermagem[28];

vii. Enfermeiros especialistas têm maior participação na tomada de decisão, maior controle sobre prática de Enfermagem, maior liderança e acrescido reconhecimento de perícia por parte dos restantes profissionais de saúde[29].

viii. Relativamente à retenção de profissionais, os estudos empíricos revelam que, nos hospitais que possuem taxas mais elevadas de enfermeiros especialistas, os enfermeiros são 18% menos propensos a estar insatisfeitos e 13% menos propensos a reportar altos níveis de stress. Os enfermeiros são também **menos propensos a ter intenção de deixar a sua posição actual[30]**.

ix. O suporte à especialização por parte das organizações é ainda eficaz a promover a satisfação nas equipas de Enfermagem, o que se reflecte em **menos dias de trabalho perdidos e maior retenção de enfermeiros[31].**

## *Resultados da especialização nas organizações prestadoras de cuidados de saúde*

75. O impacto da especialização em Enfermagem nas entidades prestadoras de cuidados de saúde é abordado nos estudos empíricos com base num de dois objectivos considerados prioritários para estas organizações: 1) **garantir a correspondência entre os serviços prestados e os principais objectivos sociais, qualidade e acesso;** e 2) **garantir a continuidade na prestação** de serviços de saúde e a eficiência da prestação. A Tabela 6 resume os principais indicadores usados nos diversos estudos para medir o efeito da especialização e/ou da prática avançada de Enfermagem nas entidades prestadoras de cuidados de saúde, relacionando-os com estas duas dimensões. Entre os vários indicadores usados, destaca-se a frequência com que o tempo de internamento e os custos associados à prestação de serviços são analisados.

Tabela 6 - Principais objectivos e indicadores considerados no Eixo 3 - Entidades prestadoras de cuidados de saúde.

| Eixo | Principais objectivos | Indicadores |
|---|---|---|
| **3. Entidades prestadoras de cuidados de saúde** | **Impacto social**<br>dimensão relacionada com a correspondência entre os serviços prestados e os principais objectivos sociais: qualidade e acesso | - Complicações e problemas de saúde adquiridos nas instituições prestadoras de cuidados<br>- Tempos de internamento e reinternamentos<br>- Acessibilidade<br>- Taxas de erro<br>- Tempos de espera<br>- Recurso ao Serviço de Urgência e utilização de cuidados não planeados |
| | **Eficiência e continuidade**<br>dimensão relacionada com a gestão dos recursos e com a continuidade na prestação e nos prestadores de serviços de saúde | - Custos directos<br>- Custos indirectos |

76. Relativamente aos tempos de internamento, vários estudos foram capazes de demonstrar que a especialização dos enfermeiros tem um impacto positivo na duração do internamento. Dos 6 estudos que analisaram este indicador, todos eles concluíram que os **cuidados prestados por enfermeiros especialistas ajudam a reduzir os dias de internamento**: um estudo demonstrou que

nas unidades hospitalares com enfermeiros especialistas os períodos de permanência são mais curtos do que em unidades hospitalares sem enfermeiros especialistas a prestar cuidados de Enfermagem. A relação encontrada é positiva e estatisticamente significativa: **um aumento da proporção de enfermeiros especialistas de 1% conduz a uma diminuição do tempo de internamento em cerca de 6%[32].** Outro estudo concluiu que cuidados domiciliários prestados por enfermeiros especialistas resultam em menos episódios de internamento (41 vs. 49) e menos reinternamentos (18 vs. 24), originando uma poupança de mais de 750 dias hospitalares num período de 1 ano. A evidência empírica mostra também que o trabalho desenvolvido por enfermeiros especialistas junto de doentes terminais é capaz de reduzir consideravelmente o tempo médio de internamento: em comparação com o grupo de controlo, os clientes tiveram estadias significativamente mais curtas tanto na unidade de cuidados intensivos (6 vs. 10 dias) como no internamento (11 vs. 16 dias)[33].

77. Alguns estudos empíricos reportam um **efeito positivo da especialização em Enfermagem no acesso aos cuidados de saúde**. Estes estudos, dedicados à avaliação do impacto da implementação de cuidados de Enfermagem ao domicílio no âmbito dos cuidados de saúde primários, concluíram que o acesso a cuidados de saúde (relacionados com a triagem e detecção precoce) dos residentes em zonas rurais foi melhorado significativamente[34].

78. No que respeita a complicações, os estudos demonstram que rácios mais elevados de enfermeiros especialistas estão associados a menos complicações, menos infecções hospitalares e menos efeitos adversos[35].

79. Enfermeiros especialistas, não especialistas e gestores apresentam um alto nível de concordância com as declarações de valor da prática especializada: **uma força de trabalho de Enfermagem com formação especializada melhora a qualidade dos cuidados prestados[36]**.

80. Os estudos sugerem ainda que as organizações de cuidados de saúde devem procurar enfermeiros certificados, apoiar aqueles que procuram fazer especialização e informar o público sobre a especialização da sua força de trabalho. Devem apoiar a especialização de enfermeiros através da implementação de estratégias que permitam superar as principais barreiras à sua efectivação e oferecer incentivos e recompensas adequados[37].

[12] Kendall-Gallagher et. al., 2011 e Newhouse, et. al., 2005

[13] Brooten et. al., 2001

[14] Wheeler et. al., 1999

[15] Martin-Misener et al., 2009; Mousquès et al., 2010 e Hart et al., 2006.

[16] Frank-Stromborg et. al., 2002

[17] Aiken, et. al., 2006

[18] NCNM, 2005

[19] Litaker et. al., 2003 e Martin-Misener et al., 2009

[20] Litaker et. al., 2003

[21] Gaberson et. al., 2003

[22] Gaberson et. al., 2003

[23] Krapohl et al., 2010

[24] Cary, 2001; Boyle et al., 2014; Hanneman et al., 1993; Kendall-Gallagher et al., 2009 e Newhouse et al., 2005

[25] Cary, 2001

[26] Coleman et al., 2009

[27] Cox et al., 2017 e Litaker et al., 2003

[28] Martin-Misener et al., 2009 e Wade, 2009

[29] Wade, 2009

[30] Kelly et. al., 2011 e Niebuhr et al., 2007

[31] Kelly et al., 2012, Niebuhr et al., 2007 e Wade, 2009

[32] Nelson, et. al., 2007

[33] Brooten, et. al., 2001

[34] Martin-Misener et al., 2009 e NCNM, 2005

[35] Cary, 2001; Boyle et al., 2014; Hanneman et al., 1993; Kendall-Gallagher et al., 2009 e Newhouse et al., 2005

[36] Gaberson et al., 2003; Niebuhr et al., 2007; Wheeler, 1999 e Weeler 2000.

[37] Niebuhr et al., 2007

# IV. Análise económica da especialização em Enfermagem

## *Os custos e os benefícios da especialização*

81. Os resultados dos estudos empíricos que avaliam a prática especializada em Enfermagem mostram o seu **efeito positivo na qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde e no acesso aos cuidados de saúde**. Os benefícios da especialização em Enfermagem estão alinhados com os objectivos primordiais do SNS, contribuem para a sua concretização e vão ao encontro daqueles que são alguns dos grandes objectivos do Governo para a Saúde.

82. No entanto, da formação e manutenção de uma força de trabalho de enfermagem especializada decorrem também determinados custos, que deverão ser quantificados e analisados por forma a **garantir o cumprimento da execução no âmbito das regras orçamentais, assegurando a continuidade e segurança na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade.**

83. Na quantificação dos custos associados à especialização em Enfermagem é necessário considerar tanto os custos que decorrem directamente do processo de especialização, assim como os custos indirectos que terão que ser suportados após a especialização dos enfermeiros. Dado que a formação curricular necessária deverá ficar a cargo do próprio enfermeiro, os únicos **custos directos** relevantes para as contas públicas são aqueles que estão relacionados com o internato. Por sua vez, o único **custo indirecto** relevante identificado consiste no incremento dos encargos com o pessoal que decorre da existência de uma força de trabalho mais qualificada.

84. Relativamente aos benefícios, a dificuldade em medir e quantificar os efeitos mais relevantes é acrescida: muitas das variáveis positivamente afectadas pela especialização – como o estado de saúde, o acesso, a qualidade dos serviços prestados ou a satisfação do utente – não são directa nem facilmente mensuráveis em termos monetários. Uma vez que grande parte da literatura tem optado por reportar os **ganhos monetários decorrentes da menor utilização de alguns serviços**, e de forma a manter a objectividade e o rigor da análise, optamos por considerar apenas os ganhos monetários que decorrem da diminuição dos internamentos, tendo obviamente presente que muitos dos benefícios associados

à especialização não estarão incluídos na análise e, consequentemente, que **o valor dos benefícios será subavaliado**.

85. Adicionalmente, a análise dos benefícios apresentada não é também capaz de traduzir os diversos efeitos da especialização que, no médio e no longo prazo, poderão ter fortes efeitos positivos na saúde da população e, consequentemente, na redução da despesa pública com saúde.

86. A análise comporta em duas fases distintas (Figura 9). Numa primeira fase são geradas previsões para a evolução dos profissionais de Enfermagem num cenário de políticas invariantes, isto é, sem proceder a nenhuma alteração aos *numerus clausus*, ao número de contratações pelo SNS, entre outros instrumentos de política, considerando os valores registados em 2016. Esta fase permite criar um ponto de comparação (cenário *baseline*). Seguidamente, incorporou-se o internato de especialidade, o que permite ter uma visão mais clara de quantos especialistas se poderão formar por ano, e daqui inferir os custos decorrentes da especialização destes profissionais.

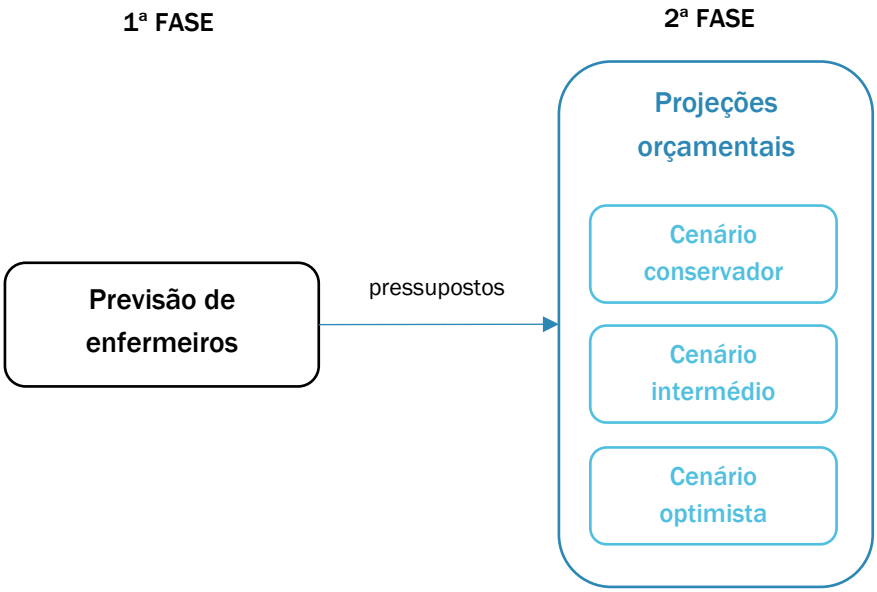


Figura 9 - Metodologia usada para gerar as projecções orçamentais.

87. As projecções resultantes da primeira fase da análise serviram de base para a segunda fase, na qual as estimativas do impacto orçamental foram calculadas. Para o efeito construíram-se três cenários, que reflectem o possível impacto positivo da especialização. Se nos custos existe menos incerteza quanto ao impacto orçamental, nos benefícios a literatura reporta valores muito dispersos. Como tal,

consideraremos um cenário mais conservador, em que o impacto positivo é marginal; um cenário intermédio, que reflecte a média dos valores encontrados na literatura; e finalmente um cenário optimista, que assume os melhores valores encontrados.

## *Previsão da força de trabalho de Enfermagem*

88. As previsões foram geradas recorrendo a um modelo de simulação por agentes (Figura 10) que implementa o ciclo de vida de um enfermeiro desde que entra na Universidade até que se reforma (o modelo é uma adaptação de um outro desenvolvido inicialmente para simular a evolução dos médicos[38]). Consideraram-se também diversas fricções, como a emigração ou a probabilidade de desistência do curso.

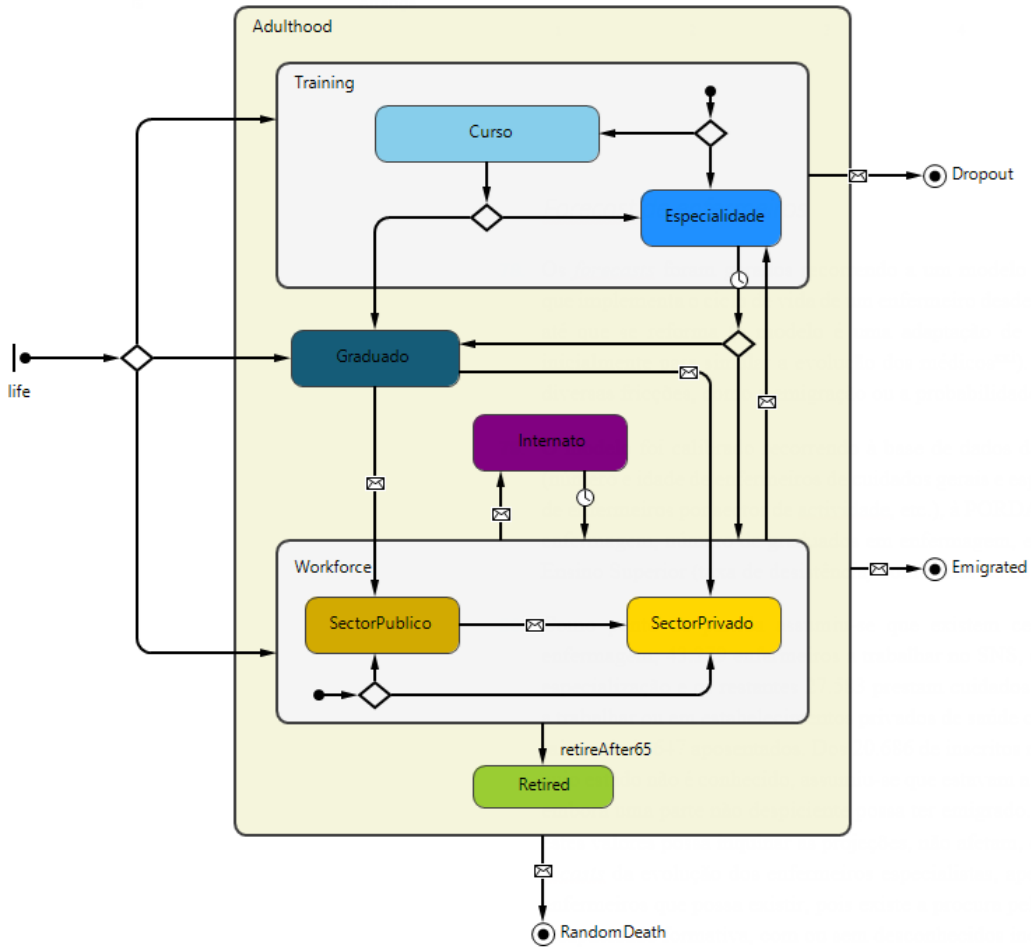


Figura 10 - Diagrama de estados usado para modelar cada enfermeiro na simulação.

89. O modelo foi calibrado recorrendo à base de dados da Ordem dos Enfermeiros (número e idade de enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, número e idade de enfermeiros por sector de actividade, etc.), à PORDATA (número de alunos a frequentar a licenciatura ou mestrado em Enfermagem em 2016 e número de diplomados em Enfermagem no mesmo ano), à Direção-Geral do Ensino Superior (taxa de desistência) e ao Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde da Administração Central do Sistema de Saúde, com dados de 2016.

90. Como ponto de partida assumiu-se que existem cerca de 15 092 alunos inscritos na licenciatura em Enfermagem; 43 279 enfermeiros a trabalhar no SNS, dos quais 9 954 têm uma especialidade e os restantes 33 325 prestam cuidados gerais; 3 200 enfermeiros a trabalhar ou em estabelecimentos privados de saúde ou como profissionais liberais, e ainda 647 aposentados. Dos 20 686 inscritos na Ordem dos Enfermeiros cujo estado não é conhecido, assumiu-se que estavam a praticar no sector privado, embora uma parte não despiciente possa ter emigrado. Ainda que a incerteza sobre estes valores possa inquinar as projecções, não é de esperar que afecte, de uma forma geral, as previsões da evolução dos enfermeiros especialistas: apenas o valor agregado dos enfermeiros que possa existir, uma vez que a procura pelo internato supera sempre a capacidade formativa, com ou sem desconhecidos incluídos.

91. Adicionalmente, como esta análise está apenas focada no custo decorrente para o Orçamento do Estado, podemos ignorar os internatos que possam eventualmente decorrer no sector privado. A Figura 11 ilustra a evolução do número de enfermeiros com e sem especialidade no SNS, assumindo que o actual *numerus clausus* se mantém, e a política de contratação de enfermeiros para o SNS se fixa em 2 000/ano.

92. Como resultado, a força de trabalho prevista no SNS continua a aumentar, embora se altere a sua composição. A percentagem de enfermeiros especialistas aumenta consideravelmente, com uma proporcional redução no número de enfermeiros indiferenciados.

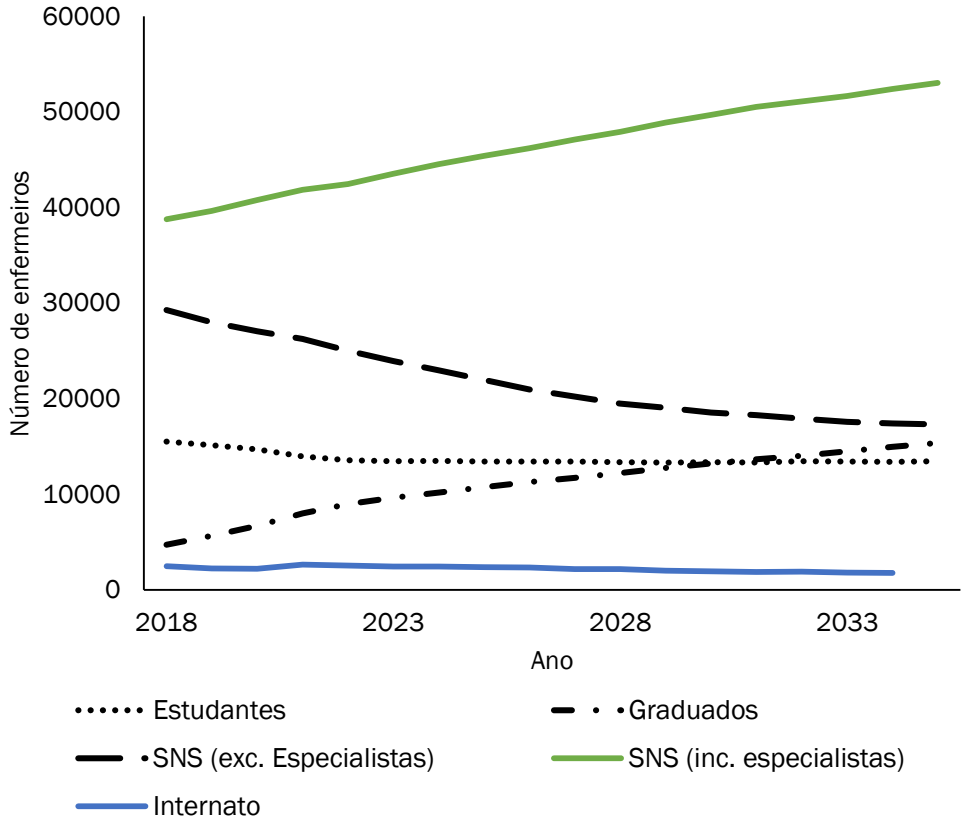


Figura 11 - Previsão da evolução da força de trabalho de Enfermagem nos próximos 15 anos.

93. Para a projecção da evolução dos especialistas em Enfermagem considerou-se que os actuais enfermeiros com uma das seis especialidades existentes e mais de dois anos de prática profissional lhes é conferido pela OE, sujeito a aprovação, o título profissional de enfermeiro especialista, através de um processo de reconhecimento, validação e certificação. Os novos especialistas terão de ter, simultaneamente, a parte curricular realizada (uma pós-graduação numa das dez especialidades, tendo em conta o processo de reformulação das áreas de especialidade já aprovado pela OE) e os quatro anos de prática clínica para acesso ao internato.

94. Os valores foram fixados tendo em conta os objectivos definidos na Tabela 7. As vagas de internato foram então ajustadas por forma a que fosse possível atingir estes rácios. As necessidades de enfermeiros especialistas nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados não foram consideradas na análise uma vez que, por estarem fundamentalmente inseridas nos sectores social e privado, o seu impacto para o Ministério da Saúde deverá ser pouco significativo. De igual modo, o universo de enfermeiros que exerce nos cuidados continuados é também ele reduzido, sendo a sua expressão negligenciável para exercícios de projecção.

Tabela 7 - Objectivos para o rácio de Enfermeiros especialistas no SNS.

| | Cuidados de saúde primários | Cuidados de saúde diferenciados |
|---|---|---|
| **5 anos** | 60% | 35% |
| **10 anos** | 80% | 40% |
| **15 anos** | 90% | 50% |

95. Assim, o acesso ao internato está condicionado por um total de 3000 vagas, distribuídas equitativamente pelas dez especialidades, o que totaliza 300 vagas por especialidade. Este valor não é vinculativo, mas majora o número de enfermeiros que podem, a cada ano, ingressar no internato. Com efeito, o número total de internos de especialidade acaba por variar, pois nem todos reúnem, a cada ano, as condições necessárias para a admissão. Considerando estes limites à capacidade formativa, o número de enfermeiros a realizar internato, a cada ano, aproximar-se-á do descrito na Figura 12.

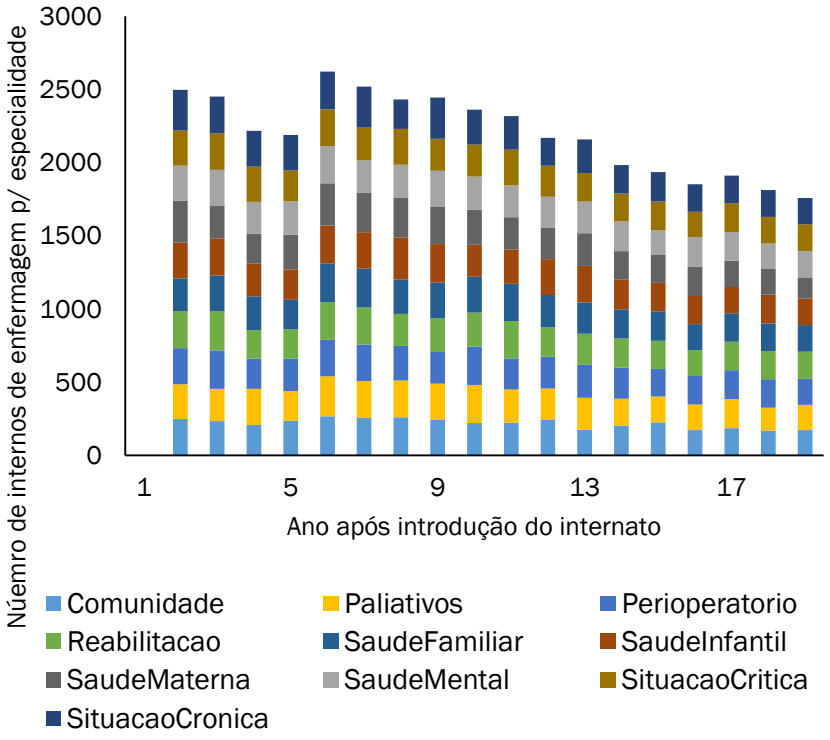


Figura 12 - Número de especialistas com internato, considerando um total de 3 000 vagas.

96. De forma expectável, demorará algum tempo até que as recém-criadas especialidades de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Enfermagem de Saúde Familiar, consigam formar especialistas com internato, especialmente tendo em conta os critérios de acesso. Verifica-se, contudo, um aumento constante a partir de 2018. Assumiu-se que os enfermeiros escolhem de forma arbitrária a especialidade a realizar pelo que, em equilíbrio, a distribuição por especialidade será equitativa.

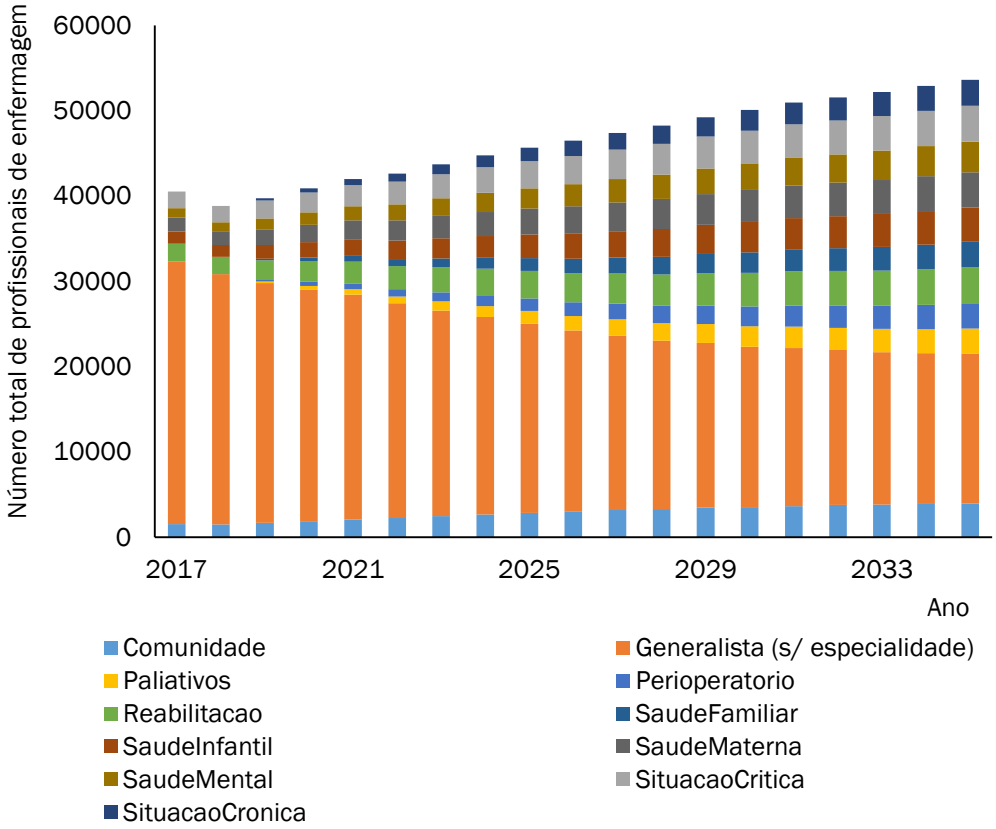


Figura 12 – Evolução prevista do número de especialistas tendo em conta o número de vagas de especialidade fixado.

## *Pressupostos e parâmetros*

97. No decorrer da análise, alguns pressupostos e parâmetros tiveram de ser assumidos para o cálculo dos diversos custos e benefícios. Sempre que possível, foram considerados dados reais, exactos ou aproximados, relativos a Portugal.

98. Para o cálculo dos custos directos e indirectos decorrentes da especialização em Enfermagem foram considerados diversos parâmetros, que são apresentados na tabela que se segue. A remuneração base média dos enfermeiros não especialistas foi a reportada pela ACSS[39]. O diferencial salarial considerado (+150€) traduz a recente decisão do Ministério da Saúde de instituir um montante compensatório para os enfermeiros especialistas, embora ainda não efectivado, sem prejuízo da alteração da Carreira de Enfermagem em processo de negociação, com impacto numa futura tabela remuneratória. Os restantes valores, incluindo a duração média[40] do Internato de Especialidade, a alocação do tempo do enfermeiro e do respectivo supervisor clínico ao Internato[41] e a percentagem pretendida de enfermeiros especialistas nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Diferenciados nos próximos 5, 10 e 15 anos, foram baseados nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros.

Tabela 8 - Parâmetros e pressupostos assumidos no cálculo dos custos.

| | |
|---|---|
| Remuneração base de enfermeiro não especialista (média) | **€1 232** |
| Diferencial de salário para enfermeiros especialistas | **€150** |
| Alocação do supervisor clínico ao internato | **10%** |
| Duração do internato em SMO (15 meses; 1 ano=14 meses) | **17,5** |
| Duração do internato restantes especialidades (9 meses) | **10,5** |
| Alocação do enfermeiro ao internato | **30%, 50% ou 100%** |
| Enfermeiros especialistas nos cuidados de saúde primários | **60%, 80% e 90%** |
| Enfermeiros especialistas nos cuidados de saúde diferenciados | **35%, 40% e 50%** |

99. Para a estimativa dos custos considerou-se:

i. **Custo com o internato**. É um custo de oportunidade, resultado da ausência do enfermeiro do seu posto de trabalho. Admitimos que é equivalente ao custo de 1 Equivalente a Tempo Completo (ETC), de acordo com a seguinte fórmula:

$$C_1 = (17{,}5 * €1232 * num_internos_{SMO} * \%\ alocação) + (10{,}5 * €1232 * num_internos_{outras} * \%\ alocação)$$

ii. **Custo de supervisão**. Foi considerado que o internato requer o equivalente a 10% de 1 ETC Especialista (com salário acrescido), que é calculado da seguinte forma:

$$C_2 = \left(17{,}5 * (€1232 + €150) * 10\% * num_internos_{SMO}\right) + \left(10{,}5 * (€1232 + €150) * 10\% * num_internos_{outras}\right)$$

iii. **Custo com o acréscimo salarial**. Assumiu-se que um enfermeiro especialista está numa categoria remuneratória diferenciada, compatível com o seu cargo e responsabilidade, pelo que se considerou o seguinte custo:

$$C_3 = 14 * (€150) * num_especialistas$$

100. O cálculo dos benefícios afigura-se mais complexo, não obstante o número significativo de artigos que apontam para ganhos significativos decorrentes da formação avançada. É possível identificar ganhos tangíveis e intangíveis na literatura. Para efeitos da estimativa orçamental consideramos o impacto no número de internamentos, pois este é um indicador frequentemente apontado na literatura, e porque tanto o seu volume (819 476 internamentos em 2016), como o seu custo (1 872 milhões de Euros) são expressivos. Reitere-se, contudo, que os benefícios não se esgotam aqui.

101. Para representar o custo de cada internamento foi considerado o preço base por episódio contratualizado para 2017[42], que, apesar de não representar o custo real exacto de um internamento, é um valor aproximado do seu preço médio para *cases mix* de complexidade média; como *proxy* do número anual de internamentos foi usado o número de clientes com alta em 2016[43]. Adicionalmente, e tendo por base os valores reportados pelos estudos empíricos relativamente à redução dos internamentos decorrente da especialização dos enfermeiros, foram considerados três cenários distintos para a redução do número anual de internamentos:

3%, 5% e 10%. Estes valores são conservadores, de acordo com a literatura Internacional previamente analisada (cf. Tabela 9), que reporta reduções no número de internamentos e da sua duração que podem chegar aos 31%, dependendo da percentagem de enfermeiros especialistas ao serviço, do país e da área de intervenção dos enfermeiros[44].

Tabela 9 - Ganhos identificados na literatura.

| Medida | Redução | Área de Intervenção | Referência |
|---|---|---|---|
| Número de internamentos | 23% | Cuidados a clientes crónicos | Schmidt et al., 2012 |
| Número de internamentos | 16% | Cuidados ao domicílio | Brooten et al., 2001 |
| Número de reinternamentos | 25% | Cuidados ao domicílio | Brooten et al., 2001 |
| Tempo de internamento | 31% | Cuidados a clientes internados | Ahrens et al., 2003 |
| Tempo de internamento por 1% adicional de especialistas | 6% | Cuidados de reabilitação | Nelson et al., 2007 |

102. Assumiu-se um efeito gradual nos benefícios, isto é, o seu impacto não é imediato, mas vai-se desenrolando ao longo de cinco anos. Assim, se o impacto final for uma poupança média de 5% nos internamentos, o benefício incrementará cerca de 1 p.p. por ano, atingindo os 5% no final do período de implementação.

103. Os parâmetros utilizados no cálculo dos benefícios monetários são apresentados na tabela que se segue:

Tabela 10 - Parâmetros e pressupostos assumidos no cálculo dos benefícios.

| Parâmetros assumidos no cálculo dos benefícios | |
|---|---|
| Preço base de episódio de internamento | **€2285** |
| Número anual de internamentos (clientes com alta) | **819 476** |
| Redução do número de episódios de internamento | **3%, 5% e 10%** |

## *Análise custo-benefício da especialização em Enfermagem*

104. Utilizando os pressupostos e parâmetros previamente descritos e os principais resultados das projecções da evolução dos enfermeiros especialistas, foram calculados os principais custos directos e indirectos decorrentes da especialização, e foram quantificados os benefícios monetários decorrentes da redução do número de internamentos.

105. **Vários cenários foram considerados**, desta forma tentado contemplar alguma da incerteza sobre os custos, em particular quanto à **alocação do tempo do enfermeiro ao internato (30%, 50% ou 100%)** e quanto à **abertura de concursos no SNS destinadas a enfermeiros especialistas (1000, 1500 e 2000 posições anuais)**; e sobre os benefícios, em particular quanto à **redução potencial do número de internamentos (3%, 5% e 10%)**.

106. Assumiu-se também que serão disponibilizadas cerca de **3 000 vagas para acesso ao internato**, cerca de 300 por especialidade, sendo que todos os internatos, com excepção de Saúde Materna, têm uma duração aproximada de 9 meses. No caso de Saúde Materna este período prolonga-se por 14 meses. Este valor foi obtido tendo em conta os objectivos previamente fixados na Tabela 7.

**Custos**

107. Nos custos consideramos três rúbricas essenciais: o custo da indisponibilidade do interno; o custo de supervisão; e a diferenciação salarial decorrente da posição de especialista.

108. No cenário base, assumimos que um interno está em regime de alocação total (100%), pelo que se considera ser necessário assumir os encargos de um outro enfermeiro a tempo integral para o substituir. Adicionalmente, assumimos que 10% do tempo do supervisor clínico – um enfermeiro especialista no escalão remuneratório correspondente – será dedicado a cada interno.

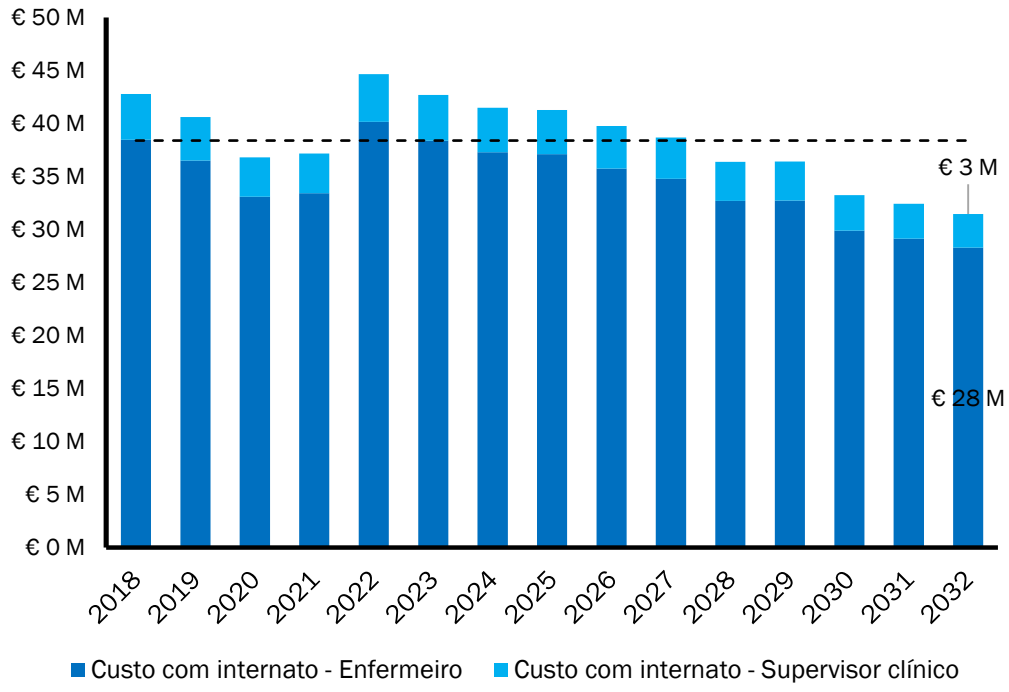


Figura 13 - Custos com o internato, assumindo 100% dedicação do interno e 10% do supervisor (enfermeiro especialista).

109. A Figura 13 ilustra a projecção dos custos anuais com o internato. Dada a variabilidade no número de enfermeiros internos, o custo oscilará, mas não significativamente. Em média, **o custo com o internato estima-se em 38.4 M€ por ano** (para um número de 3000 vagas de internato por ano e aproximadamente 2202 internos).

110. Consideramos também o acréscimo salarial decorrente da diferenciação nas tabelas remuneratórias. Este custo depende directamente do número de posições para enfermeiro especialista a serem disponibilizadas a cada ano para o SNS. Dada a incerteza à volta desse número, consideramos três cenários distintos, correspondentes a 1000, 1500, 2000 posições por ano. A Figura 14 projecta a evolução dos custos salariais à medida que as posições vão sendo disponibilizadas, e o custo total no final do horizonte de planeamento para os três cenários considerados.

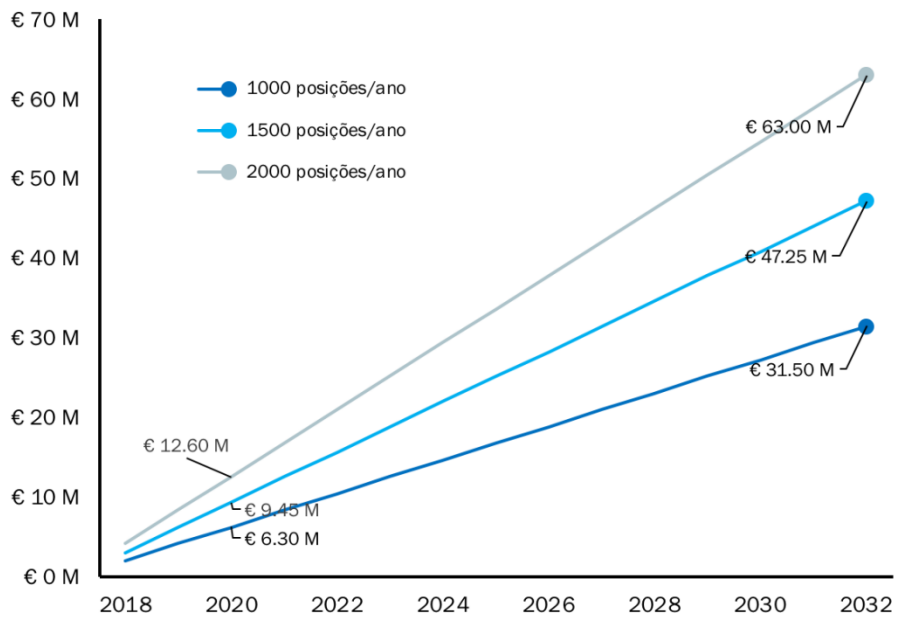


Figura 14 - Estimativa do custo orçamental da remuneração diferenciada do EE em função do número de posições a serem disponibilizadas a cada ano.

111. Assim, verifica-se que no final do horizonte de planeamento, **o acréscimo de despesa com remunerações salariais fixa-se em 63,00 M€, 47,25 M€, e 31,50 M€ para 2000, 1500 e 1000 posições/ano,** respectivamente. Estes valores correspondem a 30 000, 22 500 e 15 000 enfermeiros contratados enquanto especialistas, no final do horizonte de planeamento (2032), a trabalharem no SNS.

**Benefícios**

112. Do ponto de vista dos benefícios, o seu impacto não é imediato, mas é observado à medida que os enfermeiros especialistas vão sendo contratados e integrados no SNS, e as organizações fazem uso pleno das funções avançadas destes profissionais. Assim, incorporamos este efeito de implementação gradual num período de 5 anos, pelo que as poupanças só se verificam plenamente ao fim de 5 anos (v.g. se a poupança total for de 100 M€, o efeito dilui-se por 5 anos, isto é, 20 M€ ao ano).

113. Consideraram-se três cenários, que reflectem valores conservadores encontrados na literatura: uma redução de 3%, 5% e 10% nos internamentos. No primeiro caso, **originam-se poupanças totais de cerca de 56M €; 93M € no cenário com redução de 5% nos internamentos; e 187M € no cenário que**

**assume uma poupança de 10% dos internamentos**, em 2022 (efeito pleno da medida) e doravante. A Figura 15 ilustra a evolução anual das poupanças estimadas assumindo uma poupança de 5%.

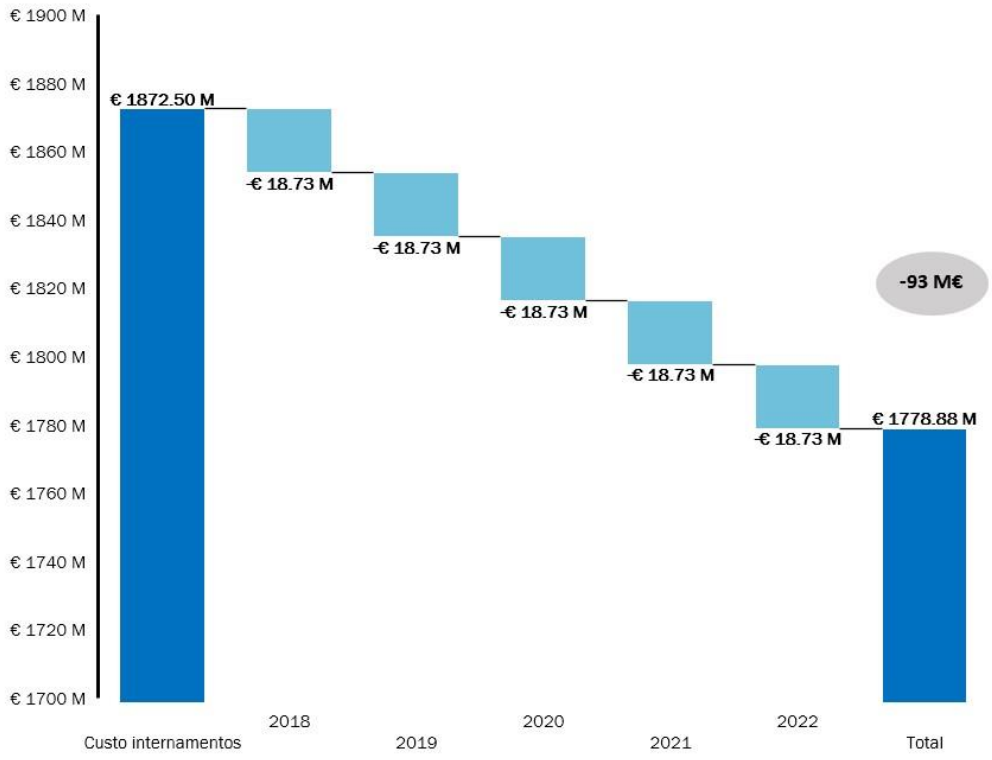


Figura 15 - Decomposição da poupança estimada no custo de internamentos assumindo ganhos de eficiência de 5%. Assume-se que o efeito só é pleno ao fim de 5 anos.

114. Como se pode verificar, o efeito só é pleno a partir de 2022. Até lá, as poupanças geradas vão sendo gradualmente introduzidas. Note-se que este valor dependerá também do número de enfermeiros especialistas a serem contratados anualmente, e da capacidade das organizações de fazerem pleno uso das suas competências, evitando desfasamentos com as necessidades vigentes.

115. Reiteramos que a literatura aponta para muitos outros benefícios decorrentes da especialização, alguns já escalpelizados nas secções anteriores. Contudo, estamos, para efeito deste exercício, apenas a assumir o benefício tangível de uma poupança com o número de internamentos.

## Análise custo-benefício

116. Quando cruzamos custos e benefícios é possível **obter o efeito líquido da medida**. De forma esperada, os primeiros dois anos representam um ónus para o Orçamento do Estado, pois o impacto em termos de ganhos em saúde demora tempo a surtir efeito, invertendo-se posteriormente, em 2020, esta tendência. De facto, os benefícios decorrentes da integração plena de enfermeiros especialistas ultrapassam os custos associados, tal como evidencia a Figura 16.

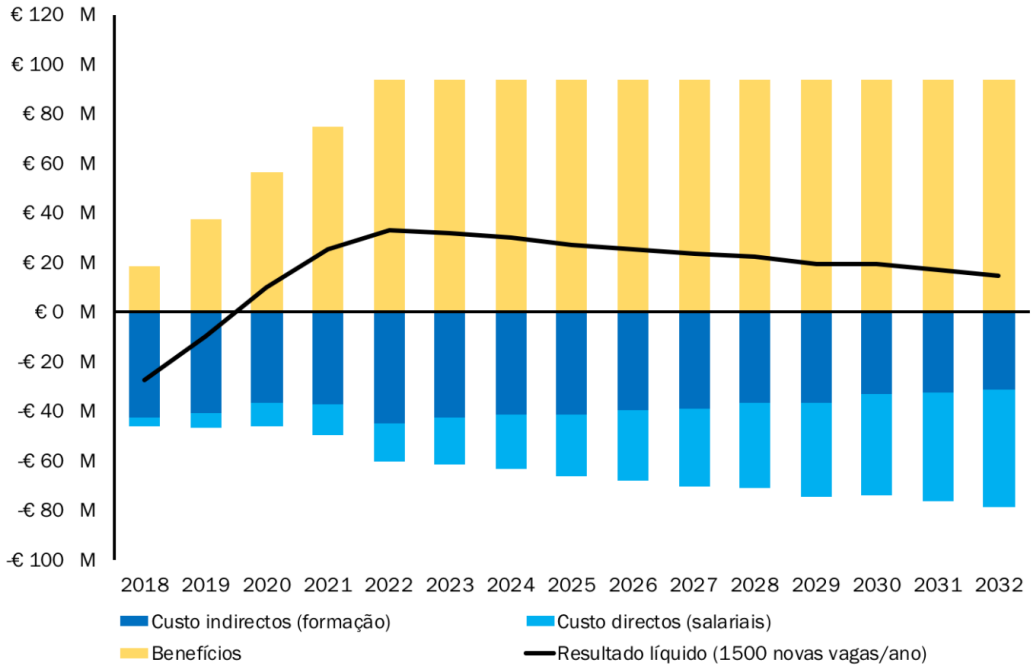


Figura 16 - Impacto orçamental do internato de especialidade, assumindo alocação de 100% do interno, 10% do supervisor (por interno), 1500 posições por ano e uma redução de 5% nos custos de internamento.

117. A sensibilidade deste resultado, do lado da despesa, dependerá fundamentalmente de dois instrumentos de política: do número de vagas de internato e do número de posições para enfermeiro especialista. Contudo, mesmo no cenário em que o número de posições é de 2000/ano, o resultado líquido continua a ser positivo em 2030.

118. Registe-se que os custos foram contabilizados de acordo com o referido no ponto 99, sem prejuízo das alterações à tabela remuneratória da Carreira de Enfermagem, que são expectáveis face às negociações em curso. No entanto, para o cálculo dos benefícios apenas foi considerada a poupança nos internamentos, pois é o único indicador para o qual existem dados fidedignos de outros países. Assim, existem benefícios intangíveis, apontados anteriormente, que não foram contabilizados, mas que não devem, ainda assim, ser desconsiderados na decisão política.

---

[38] Amorim Lopes et al (2016)

[39] Rendimento base por enfermeiro em 2014. Fonte: "Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) 2014", ACSS.

[40] Apesar de a duração do internato variar consoante a especialidade (entre 6 meses e um ano e meio), por razões de simplificação considera-se que a duração média do internato será de aproximadamente um ano.

[41] Considera-se que, durante o período do internato, o enfermeiro está totalmente dedicado ao próprio internato (full-time) e que o respetivo supervisor clínico incorrerá em algumas atividades não produtivas de supervisão, assumidas como sendo cerca de 10% do seu tempo total.

[42] Preço base nacional contratualizado por episódio de internamento para 2017. Este montante serve de aproximação ao preço médio de um internamento, mas não é rigoroso no sentido em que não considera o peso relativo associado aos diferentes GDH nem a diferente complexidade dos casos em cada instituição, medida pelo ICM. Fonte: "Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017", ACSS.

[43] Número de clientes com alta em 2016. Fonte: Website de Monitorização do Serviço Nacional de Saúde.

[44] Ahrens et al. (2003), Brooten et al. (2001), Mathew et al. (1994), Nelson et al. (2007), Newhouse et al. (2005), Walter et al. (2015), Wheeler (1999) e Wheeler (2000).

# V. Conclusão

119. Iniciamos este documento dando destaque **à relevância dos recursos humanos num sector como a Saúde**. A introdução de melhorias no sistema de saúde implicará, como tal, o investimento no seu capital humano com vista à sua capacitação, isto é: facilitar os meios que possibilitem a aquisição e/ou aprofundamento das competências dos profissionais de saúde e, em concreto, as dos Enfermeiros.

120. É incontornável que qualquer alteração no sistema de saúde acarrete um investimento. Em causa está apurar, neste e em todos os investimentos públicos e privados, se os benefícios que decorrem desse investimento justificam os custos do mesmo.

121. Pela análise efectuada, estima-se que a introdução de uma tabela remuneratória compatível com as responsabilidades acrescidas da especialidade de Enfermagem, assim como os custos decorrentes da introdução do internato, implique, em média e assumindo que são abertas 1500 vagas de internato, 47,25 M€ de despesa adicional a ser inscrita no Orçamento do Estado.

122. No entanto, **os benefícios, sustentados na evidência científica consultada, largamente excedem esses custos**. Neste relatório apenas contabilizamos os benefícios decorrentes de uma redução no número de internamentos, pois esta redução está amplamente documentada na literatura. Consideramos que seria possível reduzir até 5% o número de reinternamentos, um valor notoriamente conservador se comparado com os valores encontrados na literatura (cf. Tabela 9 - Ganhos identificados na literatura.). No entanto, dado o enorme volume de despesa que representam os internamentos, mesmo uma reduzida poupança de 5%/ano poderá permitir economizar 93 M€/ano.

123. Pese embora terem sido incorporados todos os custos, muitos benefícios, tangíveis e intangíveis, foram excluídos, pelo que o ganho potencial é muito superior ao referido. A redução no número de internamentos é um dos indicadores a registar uma melhoria, mas muitos outros existem. Por exemplo, a redução no número de reinternamentos, fruto de cuidados de enfermagem mais eficazes e em tempo útil; ou na redução do risco para o cliente decorrente de uma insuficiente prestação de serviços.

124. Por outro lado, **acrescem também todos os benefícios decorrentes da valorização e desenvolvimento da carreira profissional dos enfermeiros**. É complexo quantificar o nível de impacto do factor motivacional dos profissionais no seu processo de prestação de cuidados de saúde, embora essa relação exista. Existem perdas de produtividade significativas, derivadas da baixa taxa de retenção, desmotivação e elevados níveis de ausência do trabalho, que não podem ser desconsideradas. O reconhecimento e valorização do papel de Enfermeiro Especialista é também uma forma de minorar os efeitos negativos de uma força de trabalho desmotivada.

125. Muitas outras variáveis positivamente afectadas pela especialização de enfermagem – como o estado de saúde, o acesso, a qualidade dos serviços prestados ou a satisfação do utente – não foram consideradas enquanto benefícios da especialização, por não serem directa nem facilmente mensuráveis em termos monetários. A evidência empírica demonstra, no entanto, a existência e amplitude destes e de outros efeitos, nomeadamente através da melhoria de indicadores como a mortalidade, os resultados clínicos de doentes crónicos ou o número de reinternamentos, infeções, efeitos adversos e outras complicações.

126. No que concerne aos benefícios da especialização em Enfermagem nos clientes, vários estudos mostram que os cuidados prestados por enfermeiros especialistas contribuem para a redução das taxas de mortalidade: unidades com menor percentagem de enfermeiros especialistas são mais propensas a ter taxas de mortalidade mais elevadas. Segundo estes estudos, **um aumento de 10% na proporção de enfermeiros e de enfermeiros especialistas poderá reduzir a mortalidade ajustada a 30 dias nos internamentos em 6% e 2%**, respectivamente. A especialização destes profissionais reflecte-se também na prestação de cuidados de Enfermagem com maior frequência e com melhores resultados na saúde: estudos provam que as complicações podem reduzir para cerca de um terço e que se verificam melhorias na promoção da saúde, detecção precoce, triagem e gestão de doenças crónicas, onde se verificam efeitos positivos em aproximadamente metade dos casos quando seguidos por EEs. A especialização contribui ainda para uma maior satisfação dos clientes relativamente aos cuidados recebidos, que os consideram mais adequados e mais úteis.

127. Relativamente ao impacto da especialização em Enfermagem nos profissionais e nas características do mercado de trabalho, entre 51% e 97% dos enfermeiros especialistas concordaram com declarações sobre o valor da especialização relacionadas com os sentimentos de realização e satisfação pessoais e reconhecimento das competências especializadas. **Os enfermeiros especialistas tendem a possuir maior conhecimento, a ter menos incidentes e complicações no atendimento ao cliente, a ter melhores perspectivas de carreira, a participar em acções de formação contínua com mais frequência, a ser menos propensos a ter intenção de deixar a sua posição actual, a perder menos dias de trabalho e a colaborar mais e melhor com outros profissionais de saúde**.

128. No que respeita aos benefícios da especialização relevantes para entidades prestadoras de cuidados de saúde, a evidência demostra que uma força de trabalho de Enfermagem com formação especializada melhora a qualidade dos cuidados prestados: o acesso aos cuidados de saúde melhora significativamente e os cuidados prestados ajudam a reduzir os dias de internamento: **um aumento da proporção de enfermeiros especialistas de 1% pode conduzir a uma diminuição do tempo de internamento em cerca de 6%**. No que respeita a complicações, os estudos demonstram que rácios mais elevados de enfermeiros especialistas estão associados a menos complicações, menos infecções hospitalares e menos efeitos adversos.

129. Em suma, a maioria da evidência empírica internacional sobre os efeitos da especialização e/ou da prática avançada em Enfermagem vão ao encontro daqueles que são alguns dos grandes objectivos do Governo para a Saúde e que podem ser mais facilmente alcançados através da prática especializada em Enfermagem: melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, reduzir as desigualdades, melhorar o acesso, apostar na promoção da saúde e no combate à doença crónica.

# VI. Referências

Ahrens, B. T., Yancey, V., Kollef, M. (2003). Improving family communications at the end of life: implications for length of stay. American Journal of Critical Care, 12(4): 317-324.

Aiken, L. S., Butner, J, Lockhart, C. A., Volk-Craft, B. E., Hamilton, G., Williams, F. G. (2006). Outcome Evaluation of a Randomized Trial of the PhoenixCare Intervention: Program of Case Management and Coordinated Care for the Seriously Chronically Ill, Journal of Palliative Medicine, 9(1): 111-126.

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). "The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments". Medical Care, 49(12), 1047–1053.

Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse Reinhard, McKee, M. (2012). "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States". BMJ 2012; 344 :e1717

Aiken, L.H. et al (2014). "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study". Lancet, 24;383(9931):1824-30.

Amorim-Lopes, M., Álvaro S Almeida, and Bernardo Almada-Lobo. 2015. Handling Healthcare Workforce Planning with Care: Where Do We Stand?. *Human Resources for Health* 13 (1). BioMed Central Ltd: 38. doi:10.1186/s12960-015-0028-0.

Amorim-Lopes, M., Álvaro S Almeida, and Bernardo Almada-Lobo. 2016. Forecasting the Medical Workforce: a Stochastic Agent-Based Simulation Approach. *Health Care Management Science*. Springer US, 1–24. doi:10.1007/s10729-016-9379-x.

Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, E., Rosenberg, M., Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: Can nurse certification make a difference? MedSurg Nursing, 22(1): 26-37.

Boyle, D. K., Cramer, E., Potter, C., Gatua, M. W., Stobinski, J. X. (2014). The relationship between direct-care RN specialty certification and surgical patient outcomes. AORN Journal,100: 511–528.

Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. (2013) Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Jan-fev 2013; 21(Spec):10.

Brooten, D., Youngblut, J. M.., Brown, L. P. (2001). A Randomized Trial of Nurse Specialist Home Care for Women with High-Risk Pregnancies: Outcomes and Costs. Am J Manag Care, 7(8): 793–803.

Cary, A. H. (2001). Certified registered nurses: results of the study of the certified workforce. American Journal of Nursing, 101, 44-52.

Coleman EA, Coon SK, Lockhart K, et al. (2009). Effect of certification in oncology nursing on nursing-sensitive outcomes. Clin J Oncol Nurs. 13(2):165-172.

Cox K., Macleod S. C., Sim C. J., Jones A. W., Trueman J. (2017). Avoiding hospital admission in COPD: impact of a specialist nursing team. British Journal of Nursing. 26(3): 152-158.

Delamaire, M. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing, Paris.

Foster-Mitchell, K. (2016). Brain tumour patients benefit from clinical nurse specialists. British Journal of Nursing. 25(4):196.

Frank-Stromborg, M., Ward, S., Hughes, L., Brown, K., Coleman, A., Grindel, C.G., et al. (2002). Does certification status of oncology nurses make a difference in patient outcomes? Oncology Nursing Forum, 29(4): 665-672.

Gaberson K B , Schroeter K, Killen A R, Valentine W A, (2003). The perceived value of certification by certified perioperative nurses. Nursing Outlook 51: 272-276.

Hanneman S, Bines A, Sajtar W. (1993). The indirect patient care effect of a unit-based clinical nurse specialist on preventable pulmonary complications. Am J Crit Care. 2:331–338.

Hart, S, Bergquist, S, Gajewski, B., Dunton, N. (2006). Reliability testing of the National Database of Nursing Quality Indicators pressure ulcer indicator. Journal of Nursing Care Quality, 21(3): 256-265.

Hendershot E., Maloney A., Fawcett S., Sarvanantham S., McMahon E., Gupta A., Mitchell L. (2016). Advanced practice nurses: Improving access to fertility preservation for oncology patients. Canadian Oncology Nursing Journal. 26(1):40-52.

Horrocks S., E. Anderson, C. Salisbury (2002), “Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors, British Medical Journal, 324 (7341), 819-823.

Hukkanen E. and M. Vallimies-Patomaki (2005), Cooperation and division of tasks in ensuring access to care, a survey of the pilot projects on labour division carried out within the National Health Care Project, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, 2005:21, Helsinki, available at http://pre20090115.stm.fi/pr1129788573664/passthru.pdf[in Finnish]

Kelly, L. A., Mchugh, M. D., Aiken, L. H. (2011). Nurse Outcomes in Magnet A and Non-Magnet Hospitals. The Journal of Nursing Administration, 41: 428–433.

Kendall-Gallagher D, Blegen MA. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. Am J Crit Care.18(2):106-113.

Kendall-Gallagher D, Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP. (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality and failure to rescue. J Nurs Scholarsh. 43(2):188-194.

Kinnersley P, et al. (2000), Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting 'same day' consultations in primary care, British Medical Journal 320(7241), 1043-1048.

Krapohl, G., Manojlovich, M., Redman, R., Zhang, L. (2010). Nursing specialty certification and nursing-sensitive patient outcomes in Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care, 19(6), 490-498.

Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. (2003). Physician–nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. J Interprof Care. 17:223-237.

Maier, C., Aiken, Linda H., Reinhard, B. (2017). Nurses in advanced riles in primary care: policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, DELSA/HEA(2016)20. *Forthcoming*.

Martin-Misener, R., Downe-wamboldt, B., Cain, E., Girouard, M (2009). Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner – paramedic – family physician model of care: the Long and Brier Islands study. Primary Health Care Research & Development, 10: 14–25.

Mathew, L. J., Gutsch, H.M., Hackney, N.W., Munsat, E. M. (1994). Promoting Quality and Cost-Effective Care to Geropsychiatric Patients. Issues in Mental Health Nursing. 15(2): 169-185.

Mousquès J, Y. Bourgueil, P. Le Fur, E. Yilmaz (2010). Effect of a French Experiment of Team Work between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care. Health Policy, 98: 131-143.

Needleman J., et al (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. N Engl J Med 2011; 364:1037-1045. DOI: 10.1056/NEJMsa1001025.

NCNM (2005) A Preliminary Evaluation of the Role of the Advanced Nurse Practitioner.

Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, S.L., Black, T., Hillman, T., et al. (2007). Nursing staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. Rehabilitation Nursing, 32(5): 179-202.

Newhouse, R.P., Johantgen, M., Pronovost, P.J., Johnson, E. (2005). Perioperative nurses and patient outcomes: mortality, complications, and length of stay. AORN Journal, 81(3):508-528.

Niebuhr, B., Biel, M. (2007). The value of specialty nursing certification. Nursing Outlook, 55(4), 176-181.

Peltonen E. (2009), "The Doctor-Nurse Pair Model and the Admissions Team Model in Primary Health Care: a Comparative Study", E. Social Sciences 168, Doctoral thesis, University of Kuopio (In Finnish, English abstract), available at http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1227-4.pdf

Straka, K. L., Ambrose, H. L., Burkett, M., Capan, M., Flook, D., Evangelista, T., et al. (2014). The impact and perception of nursing certification in pediatric nursing. Journal of Pediatric Nursing, 29, 205–211.

Tier A, Hall G (2015). The Super Six model of diabetes care: Implementing and evaluating the diabetes specialist nurse role in Portsmouth. Diabetes & Primary Care 17: 164–74.

Venning, P. et al. (2000), "Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care", British Medical Journal (Clinical Research Ed.), 320(7241), 1048-1053.

Wade, C. (2009). Perceived effects of nurse certification: A review of the literature. AORN Journal, 89(1), 183–192.

Walter E., Curtis K. (2015). The Role and Impact of the Specialist Trauma Nurse: An Integrative Review. Journal of Trauma Nursing. 22(3):153-69.

Wheeler, EC (1999). The effect of the clinical nurse specialist on patient outcomes. Crit Care Nurs Clin North Am. 11(2) 269-275.

Wheeler, E.C. (2000). The CNS's impact on process and outcome of patients with total knee replacement. Clinical Nurse Specialist, 14(4), 159-169.

# ANEXO A
# Perfil dos países

# Austrália

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Advanced Practice Nurse (clinical nurse, consultant)*

*Nurse Practitioner*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Sim

### Autoridade para prática clínica autónoma

Não (*Advanced Practice Nurse*); Sim em alguns estados (*Nurse Practitioner*)

### Funções desempenhadas

O papel de ANP foi estabelecido na Austrália em 1990, e o papel de NP foi estabelecido em 2000. Os ANPs podem diagnosticar e consultar prestadores médicos, mas não podem solicitar exames, pedir referenciação a especialistas, e a prescrição de fármacos é muito limitada. Os NPs, por seu lado, podem prescrever, solicitar exames e pedir referenciação a especialistas, embora a prática varie de estado para estado. Em alguns estados os NPs podem inclusivamente praticar de forma autónoma.

### Requisitos de formação

Uma graduação equivalente a Mestrado é requisito para a prática ao nível de ANP/NP. Adicionalmente, a função de NP exige também 5 anos de prática clínica como interno antes de poder prescrever.

### Referências

Government of Australia Department of Health (n.d.). What is a nurse practitioner. Retrieved from: http://www.nursing.health.wa.gov.au/career/np_what.cfm

Sheer, B. & Wong, F.K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship, 40(3), 204-211.

# Bélgica

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Nurse practitioner*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Não

### Autoridade para prescrever medicação

Não

### Autoridade para prática clínica autónoma

Não

### Funções desempenhadas

A Bélgica está dividida em duas partes, o Norte (flamengo) e o Sul (francês), e cada secção tem um modo de funcionamento distinto. A parte flamenga tem o papel do ANP bem estabelecido, enquanto a parte francesa não (Sheer & Wong, 2008). Em 2008, foi preparado um curriculum de ANP para a parte francesa, mas até 2010 a função ainda não tinha sido plenamente estabelecida (Delamaire & Lafortune, 2010; Sheer, 2007). Embora não seja permitido prescrever e conduzir diagnóstico médico, permitem consultas e referenciação para especialistas (Delamaire & Lafortune, 2010; Sheer, 2007).

Não obstante a heterogeneidade do sistema belga, o Estado federal reconhece como ANP os enfermeiros especializados em Cuidados Intensivos e de Emergência, assim como em Cuidados Geriátricos.

### Requisitos de formação

Licenciatura ou Mestrado para acesso à especialidade.

### Referências

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers, 54*, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Federal Public Service (2013). Nurse Practitioners. Retrieved from: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/

Sheer, B. (2007, April 17). Advanced practice nurses: Networking in the international arena. Medscape News Today. Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/554740

Sheer, B. & Wong, F.K.Y. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3),204-211.

Stordeur, S. & Leonard, C. (2010). Challenges in physician supply planning: The case of Belgium. *Human Resources for Health, 8*(28),1-11. doi:10.1186/1478-4491-8-28

# Canadá

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Sim

### Autoridade para prática clínica autónoma

Sim

### Funções desempenhadas

A função de ANP surgiu nos anos 70 (Sheer & Wong, 2008), tendo o seu âmbito sido estendido nos anos 90. Os ANPs podem prestar directamente cuidados de saúde aos clientes, focando-se na promoção da saúde, assim como no tratamento e gestão das condições de saúde. O âmbito da prática é vasto, podendo diagnosticar, pedir e interpretar meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Os ANPs dispõem de bastante autonomia, sendo a sua regulação definida por cada estado. Recentemente, têm sido criadas várias clínicas de cuidados de saúde primários lideradas por ANPs com o objectivo de satisfazer as necessidades de acesso à saúde. Contudo, a prática clínica prevalecente é em equipas com médicos (DiCenso et al., 2010).

### Requisitos de formação

Existe certificação de ANP para 17 especialidades clínicas de Enfermagem, sendo que os critérios de elegibilidade resultam da experiência profissional acumulada no cargo e/ou formação avançada. Existem dois títulos possíveis: Nurse Practitioner ou Clinical Nurse Specialist, sendo que no primeiro caso a formação adicional incide sobre avaliação de saúde, diagnóstico e gestão de doenças e lesões, incluindo prescrição de fármacos. No caso dos Clinical Nurse Specialist é necessário possuir um grau de Mestrado ou Doutoramento e uma especialidade clínica. O âmbito das funções e os títulos variam de estado para estado. Finalmente, existe ainda uma certificação voluntária, disponível após 2 anos de experiência clínica, e consiste num exame sobre uma determinada especialidade.

### Referências

DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S. ...Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada–Thinking outside the box. *Nursing Leadership (Toronto, Ontario). 2010*, 239-259.

Sheer, B. & Wong, F.K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 204-211.

# Dinamarca

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Specialist Nurse*

### Certificação nacional

Incerto

### Autoridade para determinar tratamento

Incerto

### Autoridade para prescrever medicação

Incerto

### Autoridade para prática clínica autónoma

Não

### Funções desempenhadas

A função de ANP ainda está em implementação na Dinamarca, sendo que ainda não existe uma definição clara do papel, do âmbito da prática profissional ou dos requisitos educacionais necessários para desempenhar. Ademais, o ANP ainda não desempenha funções clínicas ao nível da prática médica, não substituindo, portanto, as suas funções.

### Requisitos de formação

Existem, não obstante, diversas especialidades disponíveis como formação pós-graduada, e que conferem autoridade para desempenhar algumas tarefas que alargam o âmbito da prática de Enfermagem tradicional, em particular: Enfermagem Anestética (18 meses) e Enfermagem de Cuidados Intensivos (18 meses). Os requisitos de entrada para estas duas especialidades são dois anos de prática comum e seis meses de especialidade. Existe também a especialidade de Enfermagem Psiquiátrica (1 ano), cujos requisitos de acesso são dois anos de experiência em serviço psiquiátrico. Existem ainda as especialidades não-clínicas, como é o caso de Controlo de Infecções (18 meses), Saúde Pública (10 meses), Gestão e Liderança na Enfermagem (10 meses) e Educação de Enfermagem (10 meses).

### Referências

Danish Nurses' Organization (2008). Advanced nurse practitioners – Improved health care to the chronically ill [Electronic document]. Retrieved from: http://www.dsr.dk/Artikler/Documents/Advanced_Nurse_Practitioners.pdf

European Commission (2000). Nursing in Denmark [Electronic Document]. Retrieved from: http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/nurses/2000-study/nurses_denmark_en.pdf

OECD Library (2012). Health At A Glance: Europe 2012. Retrieved from: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/03/03/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-30-en

Pill, K., Kolbæk, R., Ottman, G., & Rasmussen, B. (2012). The impact of the expanded nursing practice on professional identify in Denmark. Clinical Nurse Specialist, 26(6), 329–335.

University of Aarhus School of Advanced Nursing Studies [UASANS] (2014). Masters degree in nursing – Introduction. Retrieved from: http://kandidat.au.dk/en/nursing/

# Estados Unidos da América

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Nurse Practitioner*

*Nurse Anesthetist*

*Nurse Midwife*

*Clinical Nurse Specialist*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Sim

### Autoridade para prática clínica autónoma

Sim em 36 estados, não em 24 estados

### Funções desempenhadas

O papel de ANP existe nos EUA desde circa 1960, tendo sido o primeiro país a definir e a estender as competências típicas do profissional de Enfermagem. Embora o papel e âmbito do

ANP varie de estado para estado, os ANPs podem geralmente desempenhar as seguintes funções

1. *Nurse Practitioner* (NP):
    a. Diagnosticar e tratar clientes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados intensivos;
    b. Prestar cuidados iniciais e continuados, incluindo o historial clínico e outras avaliações de saúde e de triagem;
    c. Tratar e gerir clientes com doenças crónicas, incluindo pedir exames laboratoriais, prescrever medicação e pedir referenciação;
    d. Promover a saúde, prevenção de doenças, literacia em saúde e ainda aconselhamento.
2. *Nurse Anesthetists* (CRNA):
    a. Administrar anestesias
3. *Nurse Midwife*
    a. Prestar cuidados médicos a mulheres, desde a puberdade até à menopausa, incluindo preparação para o parto, parto, pós-parto, e ainda cuidados obstetrícios e ginecológicos não cirúrgicos;
    b. Consultar e colaborar com outras especialidades

### Requisitos de formação

Um grau igual ou equivalente a Mestre é requisito obrigatório para desempenhar funções de ANP. Adicionalmente, os candidatos a ANP têm de efectuar um exame de certificação nacional. Os exames de certificação têm geralmente como requisito um número mínimo de horas de experiência de trabalho.

### Referências

The Pennsylvania (n.d.) Midwife Practice Guidelines. Retrieved from: http://www.pacode.com/secure/data/049/chapter18/s18.4.html

Sheer, B. (2007). Nurse practitioners on the move: The journey to the United States. Topics In Advanced Nursing eJournal. 7(2). Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/560673

# Finlândia

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Advanced Nurse (grau avançado)*

*Public Health Nurse (grau avançado)*

*Nurse Midwife*

### Certificação nacional

Incerto

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Não

### Autoridade para prática clínica autónoma

Não

### Funções desempenhadas

Existem duas categorias profissionais equivalentes à de ANP, designadamente a de Enfermeira Avançada (*Advanced Nurse)* e Enfermeira de Saúde Pública (*Public Health Nurse*). Existe ainda o papel de parteira (*Nurse Midwife*), embora seja entendida como uma especialização e não como uma categoria profissional que permita a prática de funções avançadas.

No caso da Enfermeira de Saúde Pública, esta pode desempenhar avaliações avançadas, consultas, diagnósticos, pedir e interpretar meios complementares de diagnóstico, e gerir ainda doenças crónicas (*follow up*, monitorização e promoção da literacia), assim como fazer referenciação para especialistas. A Enfermeira Avançada faz ainda a triagem de Manchester.

Os primeiros enfermeiros com formação conferente a ANP datam de 2006, tendo apenas recentemente sido definido o papel de ANP (Fagerström & Glasberg, 2011). Não obstante a sua recente criação, a função de ANP estende o âmbito da prática e a autonomia do enfermeiro, sendo que esta é considerada essencial para prestar cuidados de saúde a zonas mais interiores da Finlândia, onde a densidade médica é baixa.

### Requisitos de formação

Os primeiros graduados conferentes a grau de ANP datam de 2006. O acesso aos graus avançados requer a formação base em Enfermagem, que dura entre 3.5 a 4 anos (no caso de Saúde Pública), assim como um mínimo de três anos de experiência na prática. Os enfermeiros licenciados podem então aceder uma especialidade, o que equivale a um Mestrado em Cuidados de Saúde (90 ECTS) ou, em alternativa, através de formação pós-graduada universitária, também conferente de grau de Mestre.

### Referências

De Geest, S., Moons, P., Callens, B., Gut., C., Lindpainter, L., & Sprig, R. (2008). Introducting advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: A framework for reflection and analysis. Swiss Med Weekly, 138(43-44),621-628.

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, 54, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Fagerström, L. & Glasberg, A.L. (2011). The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – The perspective of nurse leaders. Journal of Nursing Management, 19, 925-932. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01280.x

HAI Europe (2012). The next chapter in promotion of healthcare professionals: Nurse prescribers [fact sheet]. Retrieved from: http://haieurope.org/wp-content/uploads/2012/02/27-July-2011-HAI-Europe-Nurse-Prescribers-Factsheet.pdf

Robinson, S. & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: International profiles and perspectives [online publication]. Retrieved from: http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf

Tynkkynen, L.K. (n.d.). Limited right for nurses to prescribe medication. Health Policy Monitor. Retrieved from: http://www.hpm.org/en/Surveys/THL_-_Finland/15/Limited_right_for_nurses_to_prescribe_medication.html

# Irlanda

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Registered Advanced Nurse Practitioners (RANPs)*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Sim

### Autoridade para prática clínica autónoma

Sim

### Funções desempenhadas

A função do ANP (RANP) pressupõe a aplicação de conhecimentos avançados e especializados por forma a melhorarem a prestação de cuidados de saúde, que incluem (Delamaire & Lafortune, 2010):

1. Diagnóstico, planeamento, prestação e avaliação de cuidados;
2. Participação e disseminação de investigação em Enfermagem;

3. Trabalho próximo com médicos e paramédicos, incluindo efectuar alterações à prescrição de opções clínicas dentro de um protocolo bem definido;
4. Providenciar consultoria e formação em prática clínica a outros colegas de Enfermagem, constituindo e liderando equipas multidisciplinares;
5. Prescrever medicação e radiação ionizada (requer formação específica).

Adicionalmente, existem quatro funções chave que norteiam a prática dos ANP (Lehwaldt, Perosevic, Kingston, Lodge, & Kearns, 2014):

1. **Autonomia na prática clínica**. Num quadro profissional bem definido, os ANP são responsáveis por decisão avançada na gestão dos cuidados do cliente, assim como por providenciarem diagnósticos clínicos e tratamento dentro do seu âmbito de especialização.
2. **Prática especializada**. Os ANPs estão incumbidos de prestar formação prática e teórica em Enfermagem, o que requer, no mínimo, um grau de Mestre numa área de especialização.
3. **Liderança profissional e clínica**. Como líderes das suas áreas, os ANPs devem aplicar competências de gestão e liderança com o objectivo de melhorar os cuidados de saúde prestados ao cliente e de inovar na gestão da prática clínica.
4. **Investigação**. É função do ANP cumprir o desiderato de Florence Nightingale, garantindo a iniciação e implementação de práticas baseadas em evidência, garantindo também a correcta aplicação dos métodos, a monitorização e a avaliação.

### Requisitos de formação

A função de ANP requer um grau conferente a Mestre numa especialidades, de entre as quais: Cuidados Agudos, Cuidados Psiquiátricos, Cuidados Pediátricos, Saúde Pública, Parteira, Deficiência Mental e ainda em Cuidados de Emergência (Thompson & Meskell, 2012). Requer ainda vários anos de experiência profissional, assim como 5 anos de experiência na especialidade escolhida.

**Referências**

An Bord Altranais Nursing Board (n.d.) Advanced nurse practitioners and advanced midwife practitioners. Retrieved from: http://www.nursingboard.ie/en/news-article.aspx?article=79557603-f337-4982-9465-bcf0bb9c18ae

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, 54, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

HAI Europe (2012). The next chapter in promotion of healthcare professionals: Nurse prescribers [fact sheet]. Retrieved from: http://haieurope.org/wp-content/uploads/2012/02/27-July-2011-HAI-Europe-Nurse-Prescribers-Factsheet.pdf

Lehwaldt, D., Perosevic, M., Kingston, M., Lodge, E., & Kearns, G. (2014). Featured Countries: Ireland. INP/ANP Network Bulletin, 21(2). Retrieved from: http://international.aanp.org/pdf/May14.pdf

Sheer, B. & Wong, F.K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship, 40(3),204-211.

Thompson, W. & Meskell, P. (2012). Evaluation of an advanced nurse practitioner (emergency care). Journal for Nurse Practitioners, 8(3), 200-205. Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/760656

# Holanda (Países Baixos)

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Nurse Practitioner*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Sim

### Autoridade para prática clínica autónoma

Sim

### Funções desempenhadas

A função de ANP foi introduzido na Holanda em 1997, tendo a falta de clínicos gerais estado na origem da sua criação (Dierick-van Daele, 2010; Stordeur & Leonard, 2010; Zwijnenberg & Bours 2012). O âmbito das suas funções cobre:

1. Avaliação avançada
2. Diagnóstico e decisão de tratamento
3. Prescrição de medicamentos

4. Tratamento médico
5. Referenciação para cuidados de saúde primários e secundários

Embora o ANP desempenhe algumas funções equivalentes às desempenhadas por um clínico geral, o objectivo não passa por substituir os clínicos gerais, mas sim por complementar o seu trabalho, alargando o leque de competências do ANP.

### Requisitos de formação

Um bacharelato de 4 anos é condição obrigatória para obter a licença de enfermeira registada. Para progredir na carreira e obter a licença de ANP exige-se ainda um grau de mestrado em Prática Avançada de Enfermagem Clínica (Dierick-van Daele, 2010; Stordeur & Leonard, 2010). A certificação e registo dos ANPs é feito por um órgão tutelado pelo Ministério da Saúde (Robinson & Griffiths, 2007).

### Referências

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, 54, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Dierick-van Daele, A. (2010). The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice [electronic publication]. Schering-Plough. Retrieved from: http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=20140

Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R, Loke, A.Y. (2009). An international survey on advanced practice nursing, education, practice, and regulation. Journal of Nursing Scholarship, 42(1),31-39. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x

Robinson, S. & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: International profiles and perspectives [online publication]. Retrieved from:http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf

Sheer, B. & Wong, F.K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship, 40(3),204-211.

Stordeur, S. & Leonard, C. (2010). Challenges in physician supply planning: The case of Belgium. Human Resources for Health, 8(28),1-11. doi:10.1186/1478-4491-8-28

Ter Maten, A. & Garcia-Maas, L. (2010). Dutch advanced nursing practice students: Role development through international short-term immersion. Journal of Nursing Education, 48(4), 226-231.

Zwijnenberg, N.C. & Bours, G.J. (2012). Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. Journal of Advanced Nursing, 68(6),1235-1246. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05823.x

# Reino Unido

### Estatuto de ANP reconhecido

Sim

### Título

*Advanced Nurse Practitioner*

### Certificação nacional

Sim

### Autoridade para determinar tratamento

Sim

### Autoridade para prescrever medicação

Sim

### Autoridade para prática clínica autónoma

Sim

### Funções desempenhadas

O papel de ANP (outros títulos também atribuídos são o de *nurse practitioner*, *clinical nurse practitioner, senior nurse practitioner, advanced nurse practitioner* e *association nurse practitioner*) foi introduzido em 1991, com o objectivo de colmatar falhas na prestação de cuidados de saúde primários (Sheer & Wong, 2008). O posterior desenvolvimento do papel de ANP deveu-se à necessidade de aliviar a sobrecarga dos médicos clínicos gerais e de medicina geral e familiar (Pulcini, Jelic, Gul, & Loke, 2009), assim como à necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Reino Unido.

Deste então, a categoria de ANP desenvolveu-se significativamente, tendo-se diversificado as especializações, regulamentado o uso do título de "Registered ANP". Actualmente, os ANPs tem permissões para prescrição de fármacos e trabalho autónomo (RCN, 2012). Dado o foco inicial nos cuidados de saúde primários, o papel do ANP é ainda o de desempenhar as mesmas funções que um clínico geral (Morgan, 2010).

### Requisitos de formação

Embora os requisitos para obtenção de uma licença de ANP sejam definidos pelo Royal College of Nursing (ordem equivalente à Ordem dos Enfermeiros), não é obrigatório que todos os programas educacionais sigam as recomendações (Morgan, 2010). Tipicamente, o acesso à prática de ANP começa com uma graduação como requisito mínimo, sendo que nem todos os ANPs registados no Reino Unido possuem grau de Mestre, acrescendo ainda 500 horas de prática clínica supervisionada e ainda de uma licença do tipo 1 (RCN, 2012).

Dentro das especialidades clínicas, os enfermeiros registados portadores de uma licença do tipo 1 podem especializar-se nas seguintes áreas: Enfermagem para Adultos, Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Pediátrica Comunitária, Enfermagem de Saúde Mental, Enfermagem ao Domicílio, Enfermagem de Clínica Geral, Enfermagem de Deficiências, Enfermagem de Saúde Mental

### Referências

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, 54, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Morgan, S. (2010, July 9). What are the differences in nurse practitioner training and scope of practice in the US and UK? NursingTimes.net. Retrieved from: http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/district-and-community-nursing/what-are-the-differences-in-nurse-practitioner-training-and-scope-of-practice-in-the-us-and-uk/5017012.article

Nursing and Midwifery Council [NMC] (n.d.). Registering as a nurse or midwife in the United Kingdom: For applicants outside the European Economic Area [online document]. Retrieved from: http://www.nmc-uk.org/Documents/Registration/Registering%20as%20a%20nurse%20or%20midwife%20from%20outside%20EU%20or%20EEA.pdf

Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R, Loke, A.Y. (2009). An international survey on advanced practice nursing, education, practice, and regulation. Journal of Nursing Scholarship, 42(1),31-39. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x

Robinson, S. & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: International profiles and perspectives [online publication]. Retrieved from: http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf

Royal College of Nursing [RCN] (2012). Advanced nurse practitioners: An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation [electronic document]. Retrieved from: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf

Royal College of Nursing [RCN] (2013). RCN Factsheet: Specialist nursing in the UK. Retrieved from: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0018/501921/4.13_RCN_Factsheet_on_Specialist_nursing_in_UK_-_2013.pdf

Savrin, C. (2009). Growth and development of the nurse practitioner role around the globe. Journal of Pediatric Health Care 23, (5), 310-314.

Sheer, B. (2007). Nurse practitioners on the move: The journey to the United States. Topics In Advanced Nursing eJournal. 7(2). Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/560673

Sheer, B. & Wong, F.K. (2008). The development of advanced nursing practice globally. Journal of Nursing Scholarship, 40(3), 204-211.

# ANEXO B
# Impacto da formação avançada em diferentes sistemas de saúde

Tabela 11 - Avaliação do impacto dos ANPs em prestação de cuidados de saúde primários, gestão de doenças crónicas e na prescrição de medicamentos.
Fonte: Delamaire, M. and G. Lafortune (2010), "Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries", OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

| **País** | **Publicação** | **Caso de estudo** | **Método** | **Principais resultados** *Acesso e qualidade* | **Principais resultados** *Custo* | **Principais conclusões e recomendações** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ANPs em cuidados de saúde primários (prática geral)** | | | | | | |
| **Canadá** | Martin-Misener *et al.* (2009) | Avaliação de cuidados de saúde prestados por uma equipa com uma ANP e um paramédico permanente e um medico de família sob prevenção em centros de saúde e urgências para adultos, numa comunidade rural. | Questionários estruturados e entrevistas com clientes, prestadores de saúde e assistentes sociais. | Maior acesso aos cuidados de saúde primários e emergências, maior nível de satisfação com ANPs e colaboração efectiva entre prestadores. | Menores custos de transporte; Redução de 40% nas idas às urgências; menos custos com fármacos (devido a intervenção antecipada e menos complicações). | |
| **Finlândia** | Peltonen (2009) | Comparação o modelo de serviço entre uma equipa constituída por um clínico geral e uma enfermeira com uma equipa multiprofissional tradicional (médicos, enfermeiros e assistentes). | Questionário (10 centros de saúde, 788 clientes) | Melhor acesso (maior % clientes visto em menos de 3 dias); visitas de follow-up planeadas com maior frequência pela enfermeira; clientes sentiram que receberam melhores serviços e informação do enfermeiro de serviço. Maior implementação das práticas clínicas definidas. | | Propor uma expansão deste tipo de modelo de serviço para centros de saúde.<br>A implementação requer formação comum de trabalho de equipa para médicos e enfermeiros e acesso partilhado ao mesmo software para agendamento e coordenação. |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | Principais resultados *Acesso e qualidade* | Principais resultados *Custo* | Principais conclusões e recomendações |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Finlândia** | Hukkanen and Vallimies-Patomaki (2005) | Questionário dos projectos piloto conduzidos pelo Projecto Nacional de Saúde (tarefas transferidas de médicos para enfermeiros, incluindo monitorização de doenças crónicas e problemas de saúde menores). | Questionário (25 centros de saúde) | Idas à urgência foram reduzidas em 18-25% por mês em resultado das consultas dos enfermeiros e do apoio por telefone. As enfermeiras também lidaram com 30% de todas as idas à urgência nos centros de saúde. | | Propor o desenvolvimento nacionais de um manual de boas práticas para implementar as colaborações médico-enfermeiro.<br>Propor a introdução de uma formação pós-graduada e regulada para ANPs. |
| **Reino Unido** | Horrocks *et al.* (2002) | Comparar os cuidados prestados pelos ANPs como primeiro ponto de contacto ao prestados pelos clínicos gerais. | Revisão sistemática da literatura, meta-análise e estudos observacionais prospectivos. | Consultas dos ANPs mais prolongadas, com maior investigação clínico do que dos clínicos gerais.<br>Não foram encontradas diferenças entre prescrição de fármacos, reincidências ou referenciação.<br>Não foram encontradas diferenças em termos de *outcomes* em saúde.<br>Utentes geralmente mais satisfeitos com cuidado prestado por ANPs. | | Embora em média os ANPs providenciam a mesma qualidade nos cuidados prestados, existe uma variação muito grande na formação e prática dos ANPs. Assim, é fundamental que se harmonize a formação e competências dos ANPs primeiro. |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | Principais resultados *Acesso e qualidade* | Principais resultados *Custo* | Principais conclusões e recomendações |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Reino Unido** | Kinnersley *et al.* (2000) | Comparar os cuidados de saúde primários prestados pelos ANPs como primeiro ponto de contacto ao prestados pelos clínicos gerais. | Experiência aleatória controlada.<br><br>(10 tipos de cuidados clínicos, 1368 clientes) | Os ANPs providenciaram mais informação aos clientes e consultas mais prolongadas.<br><br>Número semelhante de prescrições, exames prescritos ou referenciação a especialistas.<br><br>Acção perante diagnóstico clínico não diferiu entre ANPs e clínicos gerais.<br><br>Clientes atendidos por ANPs ficaram significativamente mais satisfeitos. | | |
| **Reino Unido** | Venning *et al.* (2000) | Estudo de custo-efectividade entre cuidados prestados por ANPs e por clínicos gerais. | Experiência aleatória controlada de 20 práticas clínicas em 1316 clientes equitativamente repartidos por ANPs e médicos. | As consultas prestadas por ANPs eram significativamente mais longas.<br><br>Não foram encontradas diferenças significativas na prescrição ou nos *outcomes* em saúde dos diferentes grupos.<br><br>Os clientes estavam mais satisfeitos com as consultas prestadas por ANPs (a diferença mantinha-se mesmo controlando o tempo da consulta). | Não foram encontradas diferenças significativas nos custos (o custo médio de uma consulta prestada por um ANP é inferior ao da prestada por um clínico geral, £18,11 vs £20,70, mas demora mais tempo). | É possível melhorar o custo-efectividade dos cuidados de saúde os ANPs forem capazes de manter a qualidade das consultas, mas reduzindo o tempo. |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | Principais resultados *Acesso e qualidade* | Principais resultados *Custo* | Principais conclusões e recomendações |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Reino Unido** | Projecto EROS (1999) | Comparar a prática de ANPs com a de clínicos gerais. | Comparação dos diagnósticos e decisões de tratamento, após um ano de prática, com os de clínicos gerais (586 clientes). | ANPs e clínicos gerais concordaram em 94% dos diagnósticos e em 96% das decisões.<br>Os ANPs transferiram 38% dos clientes para os clínicos gerais (tipicamente casos mais complexos ou incertos).<br>Os ANPs apreciaram em particular a possibilidade de ouvir e aconselhar os clientes, e alcançaram melhores resultados a promover boas práticas de prevenção. | | |
| **EUA** | Edwards *et al.* (2003) | 9 clinicas de cuidados de saúde primários geridas por ANPs. | Estudo observacional. | Elevada qualidade dos cuidados prestados (94% consistente com as orientações de prática clínica; 91% dos utentes muito satisfeitos; 94% dos utentes indicou querer voltar). | | |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | **Principais resultados** *Acesso e qualidade* | **Principais resultados** *Custo* | **Principais conclusões e recomendações** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ANPs em cuidados de saúde primários (doenças específicas)** | | | | | | |
| **Austrália** | Smith et al. (2001) | Cuidados domiciliares prestados por ANPs a clientes com obstrução pulmonar crónica. | Revisão sistemática da literatura. | Os *outcomes* dependem da gravidade do problema: possivelmente positivos quando o estado do cliente era moderado, mas não quando era crítico. | A maior parte dos estudos foi incapaz de mostrar poupanças em termos de custo. | Uma alteração nas admissões de urgências reactivas para admissões electivas, embora não reduza as admissões ou o custo, tem, ainda assim, valor societário. |
| **Canadá** | Russell *et al.* (2009) | Comparação dos *outcomes* na gestão das doenças crónicas entre 4 modelos de prestação de cuidados de saúde primários e identificação dos factores organizacionais associados com maior qualidade nos cuidados. | Estudo longitudinal juntamente com casos de estudo qualitativos de 137 práticas de cuidados de saúde primários em 4 modelos (*fee-for-service*, capitação, pagamento misto e salário). | A gestão de doenças crónicas foi melhor em centros de saúde de base comunitária (modelo salarial) devido a tempos de consulta superiores e colaboração interprofissional. Maior qualidade na gestão das doenças crónicas associado à presença de um ANP.<br>Nenhuma diferença observável em *outcomes* em saúde. | | O envolvimento de ANPs teve uma ligação positiva à gestão das doenças crónicas. |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | Principais resultados *Acesso e qualidade* | Principais resultados *Custo* | Principais conclusões e recomendações |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **França** | Mousquès *et al.* (2010) | Cooperação entre clínicos gerais e enfermeiros no acompanhamento de diabéticos em projectos-piloto. | Avaliação médico-económica | Melhores resultados do que nos grupos de controlo. A cooperação entre enfermeiros e clínicos gerais revelou-se muito eficiente. Literacia em saúde dada pelas ANPs aos clientes melhor os níveis de açúcar no sangue. A gestão de informação relacionada com o cliente também melhorou o *follow up*. | Custo equivalente | |
| **Reino Unido** | Griffiths *et al*. (2004) | Teste de um novo modelo de prestação de cuidados asmáticos, que combinou promoção da literacia em saúde do cliente seguido de alta hospitalar e apoio. | Ensaio controlado de amostra aleatória (324 clientes) | Reduziu o número de admissões de casos de asma aguda no ano após a intervenção. | | |
| **EUA** | Aiken *et al.* (2006) | Cuidados domiciliários de ANPs a clientes com obstrução pulmonar obstrutiva crónica. | Ensaio controlado de amostra aleatória (192 clientes) | Melhores *outcomes* em saúde na gestão das doenças por parte dos próprios clientes, significativo apreço pela disponibilidade de recursos humanos para ajudar com a doença e com a preparação de cuidados paliativos. | | O programa de cuidados paliativos para pessoas com doenças crónicas graves parece ter beneficiado da redefinição da prestação dos cuidados. |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | Principais resultados *Acesso e qualidade* | Principais resultados *Custo* | Principais conclusões e recomendações |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **EUA** | Litaker *et al.* (2003) | *Outcomes* da gestão de clientes crónicos por ANPs e clínicos gerais (hipertensão arterial e diabetes). | Ensaio controlado de amostra aleatória (157 clientes) | Melhorias significativas no controlo da pressão sanguínea e das diabetes do cliente. Maior satisfação dos utentes. | Custos acrescidos no primeiro ano. | |
| **EUA** | Lenz *et al.* (2004) | Papel dos ANPs na monitorização de clientes com diferentes doenças crónicas. | Ensaio controlado de amostra aleatória (406 clientes) | Resultados comparáveis entre ANPs e clínicos gerais nos resultados fisiológicos, no estado de saúde tal como reportado pelos clientes e na satisfação dos utentes. | | |
| **EUA** | Lenz *et al.* (2002) | Processo e *outcomes* de clientes com diabetes tratados por ANPs e clínicos gerais. | Ensaio controlado de amostra aleatória (3397 clientes) | ANPs dão maior instrução sobre nutrição, peso, exercício e medicamentação. ANPs prescreveram mais exames de acompanhamento do que os médicos. Nenhuma diferença significativa nos *outcomes* dos clientes até 6 meses depois. | | |
| **EUA** | Mundinger et al. (2000) | Comparação do recurso a serviços de saúde e dos outcomes em clientes tratados por ANPs e por clínicos gerais. | Ensaio controlado de amostra aleatória (1316 clientes com asma, diabetes, etc.) | O estado de saúde era equivalente, independentemente da primeira consulta ter sido prestada por um ANP ou por clínico geral. Utilização dos serviços de saúde foi equivalente, assim como a satisfação dos utentes. | | |

| País | Publicação | Caso de estudo | Método | **Principais resultados** *Acesso e qualidade* | **Principais resultados** *Custo* | **Principais conclusões e recomendações** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ANPs na prescrição de fármacos e medicamentos** | | | | | | |
| **Irlanda** | Drennan *et al.* (2009) | Avaliação nacional independente da iniciativa de prescrição. | Questionário e auditoria das prescrições, entrevistas semi-estruturadas. | Nenhum risco de saúde. Redução do tempo de espera para obter acesso a cuidados de saúde e aos fármacos (90% dos clientes). Elevada satisfação dos utentes. | | A implementação nacional da prescrição por parte de enfermeiros com formação avançada deve continuar e ser apoiada e reforçada. |
| **Reino Unido** Escócia | Watterson *et al.* (2009) | Avaliação da expansão da prescrição por parte de ANPs. | Casos de estudo e duas avaliações a painéis de clientes. | Melhor acesso a farmacêuticos (menor tempo de espera). Nenhum risco de saúde para o cliente. Alguns clínicos gerais expressaram preocupação de que os ANPs poderão estar menos familiarizados com os perigos da sobreutilização de determinados fármacos. | | Necessidade de formação efectiva, supervisão e auditoria das prescrições. |
| **Reino Unido** | Nutall *et al.* (2008) | Avaliação da prescrição de antibióticos por residentes de ANP. | Auditoria de todas as consultas e prescrições de antibióticos de 3 ANPs durante 6 meses. | 82% dos antibióticos prescritos seguiam as práticas recomendadas; os restantes 18% foram prescritos com indicação clínica clara. | | |

# ANEXO C
# Evidência empírica: os resultados da especialização em Enfermagem

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ahrens et al., 2003 | E.U.A. | Clientes e população; Organizações prestadoras de cuidados de saúde. | Cuidados a clientes internados. | Equipa constituída por um médico e um enfermeiro especialista. | Tempo de internamento; Custos. | Uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro especialista, focada na melhoria da comunicação com os clientes e com as suas famílias reduziram o tempo de internamento e a utilização dos recursos. Em comparação com o grupo de controle, os clientes tiveram estadias significativamente mais curtas tanto na unidade de cuidados intensivos (6 vs 10 dias) como no internamento (11 vs 16 dias). |
| Aiken et al., 2006 | E.U.A. | Clientes e população. | Cuidados paliativos ao domicílio. | Enfermeiros especialistas e não especialistas. | Capacidade física e mental; Idas às urgências. | Os clientes seguidos por enfermeiros especialistas apresentaram resultados significativamente melhores na autogestão de doenças, conscientização sobre recursos e preparação para o fim da vida. Estes clientes relatam menos sintomas, maior vitalidade, melhor funcionamento físico e melhor autoavaliação de saúde. A utilização do departamento de emergência foi equivalente em todos os grupos. Os cuidados paliativos especializados de Enfermagem estão associados a uma melhor qualidade de vida dos clientes nos últimos anos de vida. |
| Boltz et al., 2013 | Canadá | Clientes e população. | Cuidados geriátricos. | Proporção de enfermeiros e especialistas. | Mortalidade; Complicações diversas. | A certificação é um preditor significativo para a mortalidade de clientes idosos: unidades com menor percentagem de enfermeiros especialistas são mais propensas a ter taxas de mortalidade mais elevadas. As restantes características individuais dos enfermeiros não têm qualquer poder preditivo. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Boyle et al., 2014 | E.U.A. | Clientes e população. | Cuidados intensivos; Cuidados a clientes cirúrgicos. | Proporção de enfermeiros especialistas. | Infecções adquiridas em contexto hospitalar. | Taxas mais baixas de infecções sanguíneas foram significativamente associadas a taxas mais elevadas de enfermeiros especialistas. Inesperadamente, taxas mais elevadas de enfermeiros especialistas em unidades peri operatórias foram associadas a taxas mais elevadas de úlceras de pressão adquiridas no hospital, possivelmente devido a um maior risco de úlceras na população de clientes assistidos por estes enfermeiros. |
| Brooten et al., 2001 | E.U.A. | Clientes e população; Organizações prestadoras de cuidados de saúde. | Cuidados pré-natais ao domicílio. | Enfermeiros especialistas. | Mortalidade; Custos; Tempo de Internamento. | Melhor acompanhamento da grávida e melhores resultados de saúde: menor mortalidade fetal e infantil em comparação com o grupo de controle (2 vs 9), menos recém-nascidos prematuros, mais gestações gémeas levadas ao termo (78% vs 33%), menos internamentos pré-natal (41 vs 49) e menos reinternamentos (18 vs 24). Os resultados deram origem a uma poupança de mais de 750 dias de internamento no espaço de um ano. |
| Cary, 2001 | Canadá e E.U.A. | Trabalhadores e mercado de trabalho. | Global | Enfermeiros especialistas. | Satisfação profissional; Satisfação pessoal. | Mais de metade dos enfermeiros especialistas declaram ser, de facto, reconhecidos como "especialistas" admitem ter mais capacidade técnica decorrente da especialização, reportam maior satisfação e crescimento profissional e pessoal, assim como maior habilidade, credibilidade, responsabilidade e confiança na prática e na tomada de decisões. Os resultados demonstram também que consideram ter maior controle sobre a prática de Enfermagem, maiores classificações de satisfação do utente e menos incidentes adversos e complicações no atendimento ao cliente. *(continua na próxima página...)* |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Cerca de 47% dos enfermeiros especialistas afirma que a especialização originou recompensas financeiras diretas ou indiretas. |
| Coleman et al., 2009 | E.U.A. | Trabalha-dores e mercado de traba-lho. | Cuidados a clientes on-cológicos. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Conhecimento; Formação. | Enfermeiros especialistas participaram em acções de forma-ção contínua com mais frequência do que enfermeiros não especialistas e tendem a possuir maior conhecimento sobre a gestão dos efeitos adversos da quimioterapia. |
| Cox et al., 2017 | Reino Unido | Clientes e população; Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados ao domicílio a clientes com DPOC. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Satisfação do utente; Custos. | Custos decorrentes de admissões hospitalares reduzidos para cerca de um terço. Resultados mostram ainda elevada satisfação dos utentes com os serviços recebidos. |
| Frank-Stromborg et al., 2002 | E.U.A. | Clientes e população. | Cuidados ao domicílio a clientes on-cológicos. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Dor; Cansaço; Utilização de cuidados não planeados; Infecções; Úlceras de de-cúbito. | Não foi encontrada diferença significativa entre os diferentes grupos analisados no que respeita à dor e ao cansaço re-portados pelos clientes, assim como na frequência de utili-zação de cuidados não planeados. No entanto, os clientes seguidos por enfermeiros certificados apresentaram menor probabilidade de desenvolverem úlceras de pressão e maior número de infecções. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Foster-Mitchell, 2016 | Reino Unido | Clientes e população. | Cuidados a clientes on-cológicos. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Capacidade fí-sica e mental;<br>Competência;<br>Sensibilização e aconsel-hamento;<br>Satisfação. | Clientes que tiveram cuidados prestados por enfermeiros especialistas são duas vezes mais propensos a afirmar que o tumor não teve impacto na sua saúde emocional ou men-tal. Entre os entrevistados cujos sintomas tiveram impacto, foram 1,5 vezes mais propensos a reportar os sintomas como fracos. Clientes que não tiveram cuidados prestados por enfermeiros especialistas foram 1,5 vezes mais propen-sos a reportar sintomas fortes, 2,7 vezes mais propensos a discordar do bom acesso a informação sobre a gestão de sintomas da doença e 4,7 vezes mais propensos a discor-dar da qualidade dos conhecimentos dos profissionais de saúde. |
| Gaberson et al., 2003 | E.U.A. | Trabalha-dores e mercado de traba-lho. | Cuidados a clientes cirúr-gicos. | Enfermeiros especialistas. | Capacidade;<br>Credibilidade;<br>Valor da espe-cialização;<br>Reconheci-mento;<br>Realização profissional. | Mais de 90% dos entrevistados concordaram ou concorda-ram plenamente com declarações sobre o valor da especia-lização, relacionadas aos sentimentos de realização e satis-fação pessoais, reconhecimento das competências especia-lizadas e indicam maior crescimento profissional, melhores padrões na prática da profissão, maior desafio pessoal e compromisso profissional e maior credibilidade por parte dos restantes profissionais de saúde. |
| Hanneman et al., 1993 | E.U.A. | Clientes e população;<br>Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados a clientes inter-nados. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Qualidade;<br>Complicações. | Os índices de risco estimados demonstraram uma redução significativa nas complicações pulmonares evitáveis. Os cui-dados prestados por enfermeiros especialistas são capazes de reduzir a incidência de complicações pulmonares evitá-veis. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hart et al., 2006 | E.U.A. | Clientes e população. | Cuidados a clientes acamados. | Enfermeiros especialistas e não especialistas. | Prevenção, detecção e tratamento de úlceras de pressão. | Enfermeiros especialistas são significativamente mais eficazes tanto na prevenção como na detecção e tratamento de úlceras de pressão do que enfermeiros não especialistas. |
| Hendershot et al., 2016 | Canadá | Clientes e população. | Cuidados a clientes oncológicos. | Enfermeiros especialistas e não especialistas. | Qualidade de vida;<br>Educação. | Cuidados prestados por enfermeiros especialistas a clientes oncológicos são capazes de melhorar a qualidade de vida de jovens com cancro, nomeadamente através da melhoria do seu conhecimento sobre os riscos de fertilidade associados aos tratamentos, as opções de preservação e o processo de referenciação para clínicas de fertilidade. |
| Kelly et al., 2012 | E.U.A. | Trabalhadores e mercado de trabalho. | Global | Enfermeiros em hospitais com elevada proporção de enfermeiros especialistas. | Satisfação profissional; Satisfação pessoal. | Os hospitais "Magnet", hospitais maiores e mais tecnológicos, mais propensos a ser um centro de ensino e com baixos índices de enfermeiros por clientes possuem taxas mais elevadas de enfermeiros especialistas. Nestes hospitais os enfermeiros são 18% menos propensos a estar insatisfeitos com o trabalho e 13% menos propensos a reportar altos níveis de stress. Os enfermeiros são também menos propensos a ter intenção de deixar sua posição actual. |
| Kendall-Gallagher et al., 2009 | E.U.A. | Clientes e população. | Global | Proporção de enfermeiros especialistas. | Mortalidade; Efeitos adversos diversos. | Uma maior proporção de enfermeiros especialistas está associada a uma menor frequência efeitos adversos e mortalidade de clientes, independentemente da sua educação e da experiência. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kendall-Gallagher et al., 2011 | E.U.A. | Clientes e população. | Cuidados a clientes cirúr-gicos. | Proporção de enfermeiros especialistas. | Mortalidade; Qualidade. | Um aumento de 10% na proporção de enfermeiros especialistas reduz a mortalidade ajustada a 30 dias em clientes internados em 2%. A especialização em Enfermagem está associada a melhores resultados do cliente e menor mortalidade apenas em enfermeiros que já possuem licenciatura. O investimento numa força de trabalho com educação superior e com certificação especializada melhora a qualidade dos cuidados prestados. |
| Krapohl et al., 2010 | E.U.A. | Trabalha-dores e mercado de traba-lho; Clien-tes e popu-lação. | Cuidados in-tensives. | Proporção de enfermeiros especialistas. | Capacidade; Competência; Saúde dos cli-entes. | A relação entre a especialização dos enfermeiros e a sua percepção relativamente à capacidade, competência e aptidão para o trabalho desempenhado é positiva e estatisticamente significativa. No entanto, não foi encontrada relação significativa entre a proporção de enfermeiros especializados e os resultados dos clientes no que respeita a infecções, pneumonias e úlceras de pressão. |
| Litaker et al., 2003 | E.U.A. | Clientes e população; Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados de saúde primá-rios. | Equipa cons-tituída por um médico de família e um enfer-meiro especi-alista. | Qualidade dos serviços; Satisfação; Custos; Qualidade de vida dos clien-tes. | A cooperação entre enfermeiros especialistas e médicos de família conduziu a melhores resultados de saúde para os clientes: melhores níveis de hemoglobina glicosilada e de colesterol. Adicionalmente, a satisfação com os cuidados prestados melhorou significativamente e a qualidade de vida dos clientes não diferiu significativamente entre os grupos. Este estudo demonstra o valor de uma equipa complementar para a gestão das doenças crónicas e para a melhoria dos resultados clínicos dos clientes, apenas com um modesto incremento nos custos com o pessoal. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Martin-Misener et al., 2009 | Canadá | Clientes e população; Organizações prestadoras de cuidados de saúde. | Cuidados de saúde primários. | Equipa constituída por um enfermeiro especialista, um paramédico e um médico de família sob prevenção, em centros de saúde e urgências em comunidades rurais. | Acesso; Satisfação dos utentes; Qualidade; Custos da prestação de serviços; Idas às urgências. | O modelo inovador de cuidados resultou em redução de custos, maior acesso, alto nível de aceitação e satisfação dos clientes e colaboração mais efectiva entre os prestadores de cuidados. Os serviços de promoção da saúde, detecção precoce, triagem e tratamento de doenças foram também aumentados. A diminuição das distâncias dos moradores rurais a estes serviços é extremamente importante para melhorar o estado de saúde das populações rurais, que normalmente têm taxas mais altas de pobreza, desemprego e doenças crónicas. |
| Mathew et al., 1994 | E.U.A. | Clientes e população; Organizações prestadoras de cuidados de saúde. | Cuidados geriátricos. | Enfermeiros especialistas e não especialistas. | Tempo de internamento; Custos; Qualidade. | O tempo de permanência hospitalar foi significativamente reduzido. Uma mudança nos níveis de conhecimento e atitudes das equipas de Enfermagem ocorreram, embora essa alteração não tenha sido estatisticamente significativa. Foi encontrada também uma relação entre essas atitudes e a satisfação no trabalho e os resultados dos clientes, que foram melhorados em aproximadamente metade dos casos. Demonstra-se que especialização dos enfermeiros pode melhorar os cuidados prestados a clientes geriátricos e ser rentável. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Mousquès et al., 2010 | França | Clientes e população; Organizações prestadoras de cuidados de saúde. | Cuidados de saúde primários. | Equipa constituída por um enfermeiro especialista e um médico de família. | Qualidade; Custos; Sensibilização e aconselhamento. | A cooperação entre enfermeiros especialistas e médicos de família revelou-se muito eficiente: os clientes crónicos têm maior probabilidade de se manterem ou se tornarem bem controlados. Os diabéticos estão ainda mais educados em relação à doença e mais bem aconselhados. Estes resultados são obtidos sem diferença de custos. |
| NCNM, 2005 | Irlanda | Clientes e população; Trabalhadores e mercado de trabalho. | Cuidados de saúde primários. | Enfermeiros especialistas. | Acesso; Qualidade; Satisfação do utente; Satisfação dos profissionais. | A especialização contribui para um maior acesso a cuidados de saúde. Contribui também para um atendimento aos clientes de maior qualidade, que resulta em grande parte da qualidade da comunicação com os clientes e do entusiasmo, compromisso, liderança e profissionalismo dos especialistas de Enfermagem e dos gestores das equipas multidisciplinares que os apoiam. A especialização tem um enorme contributo para a provisão de cuidados de saúde, através do melhor atendimento directo do cliente e, indirectamente, influenciando o cuidado prestado por outras pessoas através da educação, desenvolvimento de melhores práticas e pesquisa. Muitos benefícios do papel dos enfermeiros especialistas foram destacados, incluindo o fornecimento de cuidados mais oportunos, personalizados e abrangentes, que os clientes acham aceitáveis e úteis. Os maiores níveis de satisfação no trabalho foram em grande parte resultado do alto nível de contacto com os clientes e da capacidade de praticar Enfermagem de forma autónoma. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nelson et al., 2007 | E.U.A. | Clientes e população. | Cuidados de reabilitação. | Proporção de enfermeiros especialistas. | Tempo de internamento. | Um menor tempo de internamento está, entre outros, associado a uma maior proporção de enfermeiros especialistas. A relação encontrada é positiva e estatisticamente significativa. Um aumento da proporção de enfermeiros especialistas de 1% conduz a uma diminuição do tempo de internamento em 6%. |
| Newhouse et al., 2005 | E.U.A. | Clientes e população; Organizações prestadoras de cuidados de saúde. | Cuidados a clientes cirúrgicos. | Proporção de enfermeiros especialistas. | Complicações pós-operatórias; Mortalidade. | Um aumento da proporção de enfermeiros especialistas em 10% reduz a probabilidade estimada de complicações pós-operatórias ou morte em cerca de 8%. |
| Niebuhr et al., 2007 | E.U.A. | Organizações prestadoras de cuidados de saúde e sistemas de saúde. | Global | Enfermeiros especialistas, não especialistas e gestores. | Valor da especialização; Incentivos à especialização; Barreiras e desafios à especialização; Satisfação profissional. | Os enfermeiros especialistas, não especialistas e gestores apresentam um alto nível de concordância com as declarações de valor da prática especializada, pelo que as organizações de cuidados de saúde devem procurar enfermeiros certificados, apoiar aqueles que procuram fazer especialização e informar os clientes e o público sobre a especialização da sua força de trabalho. Devem ainda apoiar a especialização de enfermeiros através da implementação de estratégias que permitam superar as principais barreiras à especialização e oferecer incentivos e recompensas adequados. O suporte à especialização por parte das organizações é ainda eficaz a promover a satisfação nas equipas de Enfermagem, o que se reflecte em menos dias de trabalho perdidos e maior retenção de enfermeiros. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Straka et al., 2014 | E.U.A. | Trabalha-dores e mercado de traba-lho. | Cuidados pediátricos. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Conhecimen-tos; Competência; Valor da espe-cialização. | O valor da especialização e as suas consequências no de-senvolvimento profissional dos enfermeiros é maior entre os enfermeiros especialistas, que apresentam também maior percepção de competência clínica.<br>Embora não tenha sido encontrada uma diferença estatisti-camente significativa no tempo de resposta entre os dois grupos de enfermeiros, os resultados dos testes aos conhe-cimentos de ambos os grupos mostram que os enfermeiros especialistas possuem maior conhecimento. |
| Tier et al., 2015 | E.U.A. | Clientes e população;<br>Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados a clientes crónicos. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Acesso;<br>Utilização cui-dados de sa-úde diferencia-dos;<br>Custos. | O trabalho desenvolvido por enfermeiros especialistas é ex-tremamente útil na gestão de doenças crónicas nos cuida-dos de saúde primários: os clientes passam a estar mais bem controlados e existe ainda uma redução de custos que resulta da diminuição dos atendimentos hospitalares. |
| Wade, 2009 | E.U.A. | Trabalha-dores e mercado de traba-lho. | Diversos ti-pos de cuida-dos (artigo de revisão). | Enfermeiros especialistas. | Satisfação pessoal e pro-fissional; Valor da espe-cialização; | O valor intrínseco da especialização foi o efeito mais rela-tado pelos enfermeiros: aumento do sentimento de satisfa-ção e realização pessoal, validação do conhecimento e crescimento profissional.<br>Foram também relatadas outras vantagens relacionadas com o trabalho, como a maior participação na tomada de decisões, maior controle sobre prática de Enfermagem, maior liderança e acrescido reconhecimento de perícia.<br>*(continua na próxima página...)* |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Colaboração com médicos e outros profis-sionais de saúde. | A especialização aumenta a retenção de enfermeiros ao au-mentar a satisfação no trabalho, o reconhecimento e a cola-boração com os restantes profissionais de saúde (os enfer-meiros especialistas relatam maior colaboração com médi-cos e outros profissionais de saúde do que os enfermeiros não especialistas). |
| Walter et al., 2015 | Diversos | Clientes e população; Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados em trauma (ar-tigo de revi-são). | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Tempo de In-ternamento; Satisfação do utente. | Redução significativa dos tempos de internamento geral e em cuidados intensivos. Melhor atendimento aos clientes, com benefícios também para os serviços de saúde: redução no horário de trabalho das equipas médicas. |
| Wheeler, 1999 | E.U.A. | Clientes e população; Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados prestados em serviços de ortopedia. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Tempo de in-ternamento; Complicações. | Nas unidades hospitalares com enfermeiros especialistas os períodos de permanência são mais curtos e existe cerca de um terço do número de complicações do que em unidades hospitalares sem enfermeiros especialistas a prestar cuida-dos de Enfermagem. |

| Autor e ano | País | Esfera de influência | Âmbito | Com-paração | Indicadores analisados | Principais resultados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Wheeler, 2000 | E.U.A. | Clientes e população; Organiza-ções pres-tadoras de cuidados de saúde. | Cuidados a clientes com prótese do joelho. | Enfermeiros especialistas e não especi-alistas. | Tempo de in-ternamento; Complicações. | Nas unidades hospitalares com enfermeiros especialistas os clientes receberam de cuidados de Enfermagem com maior frequência, apresentaram períodos de permanência mais curtos e tiveram menos complicações. |

# ANEXO D
# Previsão sobre a evolução dos profissionais de Enfermagem

Tabela 12 - Projecções da evolução do número de enfermeiros de cuidados gerais, especialistas e de internato.

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudantes | 15735 | 15506 | 15116 | 14684 | 13971 | 13557 | 13455 | 13477 | 13424 | 13423 | 13428 | 13363 | 13311 | 13362 | 13328 | 13440 |
| Graduados | 3862 | 4715 | 5655 | 6697 | 7988 | 8963 | 9630 | 10173 | 10756 | 11270 | 11707 | 12200 | 12736 | 13202 | 13651 | 14033 |
| SNS (s/ especialidade) | 30762 | 29273 | 27998 | 27047 | 26242 | 25008 | 23934 | 22953 | 21956 | 20969 | 20234 | 19482 | 19051 | 18534 | 18277 | 17898 |
| Internato | 0 | 2499 | 2452 | 2218 | 2190 | 2622 | 2520 | 2433 | 2445 | 2362 | 2319 | 2170 | 2159 | 1985 | 1936 | 1852 |
| Pós-graduação (WF) | 40490 | 41286 | 41869 | 42567 | 43385 | 44242 | 44980 | 45701 | 46347 | 46884 | 47524 | 48038 | 48819 | 49294 | 49977 | 50357 |
| Especialistas c/ internato* | 9728 | 9514 | 11638 | 13726 | 15597 | 17436 | 19604 | 21618 | 23471 | 25286 | 26939 | 28540 | 29946 | 31301 | 32425 | 33389 |
| Aposentações | 581 | 1165 | 1877 | 2335 | 2789 | 3210 | 3699 | 4166 | 4677 | 5246 | 5827 | 6421 | 7034 | 7628 | 8210 | 8881 |
| **Total** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SNS (c/ especialistas) | 40490 | 38787 | 39636 | 40773 | 41839 | 42444 | 43529 | 44549 | 45393 | 46206 | 47102 | 47931 | 48882 | 49693 | 50534 | 51096 |

* Assume-se que número actual de especialistas a trabalhar no SNS terá imediata equivalência do título, o que não implica que seja dada uma equivalência imediata ao escalão remuneratório. Por este motivo, o ponto de partida em 2017 é de 9 726 especialistas com internato, conferido por equivalência.

Tabela 13 - Evolução do número total de enfermeiros especialistas e de cuidados gerais no SNS.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Comunidade | 249 | 234 | 209 | 237 | 267 | 256 | 261 | 244 | 222 | 223 | 244 | 176 | 204 | 226 | 173 | 186 | 170 | 173 |
| Paliativos | 237 | 221 | 246 | 204 | 274 | 253 | 251 | 246 | 260 | 228 | 213 | 219 | 184 | 178 | 175 | 200 | 157 | 173 |
| Perioperatório | 247 | 263 | 207 | 220 | 249 | 248 | 236 | 216 | 263 | 213 | 217 | 225 | 213 | 187 | 196 | 196 | 195 | 178 |
| Reabilitação | 253 | 269 | 193 | 202 | 258 | 254 | 219 | 231 | 230 | 252 | 203 | 212 | 197 | 192 | 176 | 196 | 191 | 185 |
| Saúde Familiar | 224 | 243 | 232 | 200 | 264 | 267 | 237 | 244 | 245 | 256 | 220 | 214 | 200 | 202 | 177 | 193 | 188 | 181 |
| Saúde Infantil | 246 | 253 | 224 | 209 | 258 | 248 | 284 | 263 | 219 | 234 | 245 | 250 | 204 | 194 | 192 | 181 | 197 | 183 |
| Saúde Materna | 285 | 222 | 204 | 236 | 289 | 268 | 270 | 254 | 241 | 221 | 215 | 223 | 195 | 190 | 201 | 179 | 180 | 144 |
| Saúde Mental | 239 | 246 | 218 | 228 | 254 | 222 | 228 | 246 | 226 | 220 | 210 | 215 | 202 | 168 | 202 | 197 | 170 | 179 |
| Situação Crítica | 241 | 250 | 241 | 211 | 251 | 225 | 246 | 219 | 218 | 243 | 212 | 195 | 190 | 198 | 173 | 195 | 183 | 184 |
| Situação Crónica | 278 | 251 | 244 | 243 | 258 | 279 | 201 | 282 | 238 | 229 | 191 | 230 | 196 | 201 | 187 | 190 | 182 | 180 |
| **Total** | **2499** | **2452** | **2218** | **2190** | **2622** | **2520** | **2433** | **2445** | **2362** | **2319** | **2170** | **2159** | **1985** | **1936** | **1852** | **1913** | **1813** | **1760** |

Tabela 14 - Evolução do número total de enfermeiros especialistas e de cuidados gerais no SNS.

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Comunidade | 1532 | 1498 | 1696 | 1882 | 2047 | 2239 | 2450 | 2651 | 2845 | 3031 | 3164 | 3294 | 3452 | 3524 | 3631 | 3756 |
| *Sem especialidade* | 30762 | 29273 | 27998 | 27047 | 26242 | 25008 | 23934 | 22953 | 21956 | 20969 | 20234 | 19482 | 19051 | 18534 | 18277 | 17898 |
| Paliativos | 0 | 0 | 219 | 424 | 644 | 824 | 1069 | 1281 | 1491 | 1684 | 1897 | 2063 | 2222 | 2384 | 2493 | 2591 |
| Perioperatório | 0 | 0 | 231 | 470 | 655 | 847 | 1071 | 1281 | 1466 | 1633 | 1843 | 2006 | 2175 | 2338 | 2483 | 2590 |
| Reabilitação | 2081 | 2034 | 2223 | 2432 | 2583 | 2716 | 2915 | 3100 | 3238 | 3393 | 3528 | 3679 | 3776 | 3891 | 3972 | 4040 |
| Saúde Familiar | 0 | 0 | 212 | 437 | 645 | 827 | 1057 | 1283 | 1489 | 1680 | 1866 | 2065 | 2229 | 2386 | 2519 | 2638 |
| Saúde Infantil | 1415 | 1386 | 1585 | 1795 | 1966 | 2141 | 2347 | 2527 | 2748 | 2934 | 3065 | 3236 | 3400 | 3564 | 3678 | 3752 |
| Saúde Materna | 1661 | 1625 | 1852 | 2030 | 2196 | 2396 | 2632 | 2838 | 3040 | 3213 | 3374 | 3510 | 3606 | 3730 | 3808 | 3891 |
| Saúde Mental | 1088 | 1057 | 1257 | 1464 | 1653 | 1849 | 2048 | 2229 | 2388 | 2571 | 2716 | 2861 | 2987 | 3122 | 3234 | 3299 |
| Situação Crítica | 1951 | 1914 | 2102 | 2302 | 2492 | 2659 | 2841 | 2994 | 3171 | 3303 | 3446 | 3597 | 3720 | 3804 | 3894 | 3967 |
| **Total** | **40490** | **38787** | **39636** | **40773** | **41839** | **42444** | **43529** | **44549** | **45393** | **46206** | **47102** | **47931** | **48882** | **49693** | **50534** | **51096** |
| Total (especialistas) | 9728 | 9514 | 11638 | 13726 | 15597 | 17436 | 19595 | 21596 | 23437 | 25237 | 26868 | 28449 | 29831 | 31159 | 32257 | 33198 |

# ANEXO E
# Projecções do impacto orçamental

Tabela 15 - Análise do impacto orçamental da implementação do internato de especialidade para os diversos cenários considerados.

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número de enfermeiros especialistas | 9954 | 9514 | 11419 | 13302 | 14953 | 16612 | 18526 | 20315 | 21946 | 23553 | 24971 | 26386 | 27609 | 28775 | 29764 | 30607 |
| % enfermeiros especialistas | 23,00% | 24,53% | 28,81% | 32,62% | 35,74% | 39,14% | 42,56% | 45,60% | 48,35% | 50,97% | 53,01% | 55,05% | 56,48% | 57,91% | 58,90% | 59,90% |
| Δ | | 1,53% | 4,28% | 3,81% | 3,11% | 3,40% | 3,42% | 3,04% | 2,75% | 2,63% | 2,04% | 2,04% | 1,43% | 1,42% | 0,99% | 1,00% |
| **CUSTOS INDIRECTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Custo com internato - Enfermeiro (consoante alocação) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30% | | 11,54 M€ | 10,95 M€ | 9,93 M€ | 10,03 M€ | 12,04 M€ | 11,51 M€ | 11,19 M€ | 11,13 M€ | 10,73 M€ | 10,43 M€ | 9,81 M€ | 9,82 M€ | 8,96 M€ | 8,74 M€ | 8,49 M€ |
| 50% | | 19,24 M€ | 18,25 M€ | 16,55 M€ | 16,71 M€ | 20,07 M€ | 19,19 M€ | 18,65 M€ | 18,55 M€ | 17,88 M€ | 17,38 M€ | 16,35 M€ | 16,37 M€ | 14,94 M€ | 14,57 M€ | 14,15 M€ |
| 100% | | 38,47 M€ | 36,51 M€ | 33,09 M€ | 33,42 M€ | 40,15 M€ | 38,38 M€ | 37,29 M€ | 37,10 M€ | 35,75 M€ | 34,76 M€ | 32,71 M€ | 32,74 M€ | 29,88 M€ | 29,14 M€ | 28,29 M€ |
| Custo com internato - Supervisor clínico (10% alocação) | | 4,32 M€ | 4,10 M€ | 3,71 M€ | 3,75 M€ | 4,50 M€ | 4,30 M€ | 4,18 M€ | 4,16 M€ | 4,01 M€ | 3,90 M€ | 3,67 M€ | 3,67 M€ | 3,35 M€ | 3,27 M€ | 3,17 M€ |
| **CUSTOS DIRECTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Custos decorrentes da diferença salarial (consoante nº de posições) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1000 | | 2,10 M€ | 4,20 M€ | 6,30 M€ | 8,40 M€ | 10,50 M€ | 12,60 M€ | 14,70 M€ | 16,80 M€ | 18,90 M€ | 21,00 M€ | 23,10 M€ | 25,20 M€ | 27,30 M€ | 29,40 M€ | 31,50 M€ |
| 1500 | | 3,15 M€ | 6,30 M€ | 9,45 M€ | 12,60 M€ | 15,75 M€ | 18,90 M€ | 22,05 M€ | 25,20 M€ | 28,35 M€ | 31,50 M€ | 34,65 M€ | 37,80 M€ | 40,95 M€ | 44,10 M€ | 47,25 M€ |
| 2000 | | 4,20 M€ | 8,40 M€ | 12,60 M€ | 16,80 M€ | 21,00 M€ | 25,20 M€ | 29,40 M€ | 33,60 M€ | 37,80 M€ | 42,00 M€ | 46,20 M€ | 50,40 M€ | 54,60 M€ | 58,80 M€ | 63,00 M€ |
| **BENEFICIOS DIRECTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poupança com redução de número de internamentos (consoante % de redução) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3% | | 11,24 M€ | 22,47 M€ | 33,71 M€ | 44,94 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ | 56,18 M€ |
| 5% | | 18,73 M€ | 37,45 M€ | 56,18 M€ | 74,90 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ | 93,63 M€ |
| 10% | | 37,45 M€ | 74,90 M€ | 112,35 M€ | 149,80 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ | 187,25 M€ |