

Colaboração entre enfermeiros de prática avançada e médicos de clínica geral na zona rural da França

Linda Bosserelle¹  <https://orcid.org/0009-0000-8626-731X>
 Clarissa Terenzi Seixas²  <https://orcid.org/0000-0002-8182-7776>

Como citar:

Linda B, Clarissa TS. Colaboração entre enfermeiros de prática avançada e médicos de clínica geral na zona rural da França. Acta Paul Enferm. 2025;38nspe1:e-SPE11p.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025SPE11p>



Descritores

Prática avançada de enfermagem; Clínicos gerais; Atenção primária à saúde; Melhoria de qualidade; Zona rural

Submetido

25 de março de 2025

Aceito

8 de setembro de 2025

Autor correspondente

Clarissa Terenzi Seixas
 E-mail: clarissa.terenzi-seixas@u-paris.fr

Editora convidada associada

Marcia Barbieri
 (<https://orcid.org/0000-0002-4662-1983>)
 Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Disponibilidade dos dados:

Os autores não disponibilizaram os dados do presente artigo, em repositórios, antes da submissão.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi explorar as percepções de médicos de clínica geral e enfermeiros de prática avançada que atuam na atenção primária à saúde, bem como as barreiras e facilitadores para uma colaboração interprofissional eficaz em zonas rurais.

Métodos: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado por meio de entrevistas semidirecionadas com 14 enfermeiros de prática avançada e médicos generalistas, realizadas entre janeiro e março de 2025, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas realizadas via Zoom. A análise dos dados foi realizada pelo pesquisador, utilizando análise de conteúdo temática indutiva. O software Atlas.ti® foi utilizado para codificação manual e suporte à análise.

Resultados: A análise revelou três temas principais: a) a importância do acesso aos cuidados nas áreas rurais e os obstáculos encontrados; b) as condições para o estabelecimento de enfermeiros de prática avançada; e c) a percepção dos profissionais questionados sobre sua colaboração interprofissional.

Conclusão: Este estudo explora as condições para a colaboração entre enfermeiros de prática avançada e médicos de clínica geral em áreas rurais e destaca as dificuldades encontradas. Parece ser uma resposta promissora às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

¹ Université Paris Cité, Paris, França.

² Departamento Universitário de Ciências da Enfermagem, Université Paris Cité, ECEVE, UMR 1123, Inserm, Paris, França.

Conflitos de interesse: nada a declarar

Introdução

O termo “diagonale du vide” (diagonal do vazio) foi cunhado em 1986 para descrever um eixo que se estende pela França metropolitana, do sudoeste ao nordeste.⁽¹⁾ Esta vasta área apresenta uma densidade populacional excepcionalmente baixa, onde o êxodo rural e o envelhecimento da população levaram a desequilíbrios socioeconômicos e políticos, ameaçando a estabilidade destas regiões.⁽²⁾

O Instituto Nacional de Estatística e Estudos Econômicos (Insee) classifica os municípios em sete categorias com base na densidade e distribuição populacional, variando de grandes centros urbanos (nível 1) a zonas rurais extremamente esparsas (nível 7).⁽³⁾ De acordo com essa classificação, mais de 88% dos municípios franceses são considerados rurais (zonas 5 a 7), abrigando aproximadamente 33% da população — 21,9 milhões de pessoas.⁽⁴⁾

Essas comunidades rurais, muitas vezes vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, enfrentam desafios significativos no acesso à saúde. A escassez de profissionais médicos, a falta de infraestrutura e as vastas distâncias geográficas contribuem para o surgimento de desertos médicos.⁽⁵⁾

De acordo com Chambaud, o acesso à saúde depende de três dimensões principais: acessibilidade física, acessibilidade financeira e aceitabilidade.⁽⁶⁾

A acessibilidade física depende em grande parte da disponibilidade de prestadores de cuidados de saúde. O relatório de 2025 do Conselho Francês da Ordem dos Médicos (CFOM) indica que 67 departamentos franceses registraram um declínio no número de médicos generalistas ativos. Na “diagonale du vide”, algumas áreas perderam até 34% de seus médicos generalistas em 15 anos, com previsão de novos declínios devido às aposentadorias. A distância geográfica continua sendo uma grande barreira, especialmente para o acesso a especialistas.

A acessibilidade financeira refere-se à capacidade dos indivíduos de pagar pelos cuidados sem dificuldades econômicas, abrangendo tanto os custos diretos (taxas de consultas) quanto as despesas indiretas (transporte, cobranças extras). Por fim, a aceitabilidade está relacionada à disposição dos pacientes em procurar atendimento, influenciada

por fatores socioculturais (crenças, gênero, idade) ou barreiras organizacionais (por exemplo, horário de atendimento incompatível com o trabalho agrícola). Esses obstáculos persistem mesmo quando o acesso financeiro e geográfico é garantido.⁽⁶⁾

Diante dessas desigualdades persistentes, o sistema de saúde francês fortaleceu gradualmente a atenção primária.^(7,8) A década de 1990 estabeleceu os médicos de família como a pedra angular do sistema,⁽⁹⁾ seguida pela Lei Kouchner de 2002, que reforçou os direitos dos pacientes e a coordenação interprofissional sem reformar totalmente a atenção primária. Em 2009, a reforma “Hôpital, Patient, Santé et Territoire” (HPST) promoveu o desenvolvimento de estruturas multidisciplinares de cuidados primários para prestar os cuidados a nível local. Em 2018, o plano “Ma Santé 2022” enfatizou ainda mais a melhoria dos cuidados comunitários.⁽¹⁰⁾ Essas reformas abordam desafios críticos: reduzir a superlotação dos hospitais, apoiar uma população em envelhecimento, reabastecer a força de trabalho médica e garantir cuidados primários de qualidade, especialmente nas áreas rurais.

Finalmente, em 2023, foi lançado um plano de ação ambicioso para melhorar o acesso aos cuidados de saúde em regiões carentes. As principais medidas incluíram: recrutar 10.000 assistentes médicos para otimizar o tempo dos médicos; implantar 100 unidades médicas móveis (médicobus) para fornecer atendimento itinerante; criar 4.000 novas estruturas de cuidados de saúde primários. Essa iniciativa também contou com a expansão do papel dos enfermeiros de prática avançada (EPAs).⁽¹¹⁾

A enfermagem de prática avançada foi proposta pela primeira vez na França em 2003 pelo Relatório Berland⁽¹²⁾, mas só foi formalizada em 2016 pela Lei Touraine, implementada em 2018.⁽¹³⁾ Essa inovação respondeu à crescente escassez de cuidados de saúde em áreas carentes, introduzindo um novo ator na linha de cuidado e exigindo uma reconfiguração das colaborações profissionais, particularmente com os médicos de família.

Nesse contexto, a colaboração interprofissional (CIP) entre os EPAs e os médicos de família surge como uma alavanca estratégica para enfrentar os desafios da saúde rural. Derivada do latim “cum labo-

rare” (trabalhar em conjunto), a CIP — conforme definida pela teórica canadense Danièle d’Amour — envolve relações e interações nas quais os profissionais compartilham conhecimentos e experiências para o benefício dos pacientes.⁽¹⁴⁾

O Decreto francês de 2018 (n° 2018-629) define a CIP como uma cooperação baseada na comunicação eficaz, na confiança mútua e no reconhecimento das competências respectivas, com as EPAs contribuindo com sua experiência dentro dos percursos de cuidados coordenados pelo médico responsável pelo tratamento. Essa abordagem holística visa otimizar as transições entre os diferentes níveis de assistência.⁽¹⁵⁾

Este estudo centra-se na colaboração interprofissional entre enfermeiros de prática avançada e médicos de clínica geral em contextos rurais. Embora legalmente estabelecida há vários anos, esta colaboração e o seu impacto na qualidade dos cuidados primários nas zonas rurais continuam a ser pouco estudados. Por isso, era essencial compreender como estes profissionais percebem a sua colaboração, o que levou à nossa questão de investigação: quais são as percepções dos médicos de clínica geral e dos enfermeiros de prática avançada que exercem em zonas rurais relativamente à sua colaboração interprofissional nos cuidados de saúde primários?

O objetivo do estudo foi explorar as percepções dos médicos de clínica geral e enfermeiros de prática avançada que trabalham na atenção primária à saúde, bem como as barreiras e facilitadores para uma colaboração interprofissional eficaz em zonas rurais.

Métodos

Este estudo qualitativo adota uma abordagem descritiva e exploratória para realizar uma análise aprofundada das percepções dos profissionais de saúde, enriquecendo assim a compreensão do assunto.⁽¹⁶⁾

A amostra consistiu em duplas de EPA-GP que trabalham em colaboração interprofissional na área geográfica conhecida como *diagonale du vide*. O recrutamento de EPAs foi baseado em listas do Conselho Francês de Enfermagem, do site Ameli.fr e da rede social profissional LinkedIn®.

Os critérios de inclusão para os EPAs foram: 1) exercer a profissão em uma estrutura multidisciplinar de cuidados primários; 2) estar localizado em áreas da “*diagonale du vide*” classificadas como níveis 5, 6 ou 7 de acordo com a grade de densidade municipal do Insee.

Foram identificados 42 EPAs que atendiam a esses critérios. A não confirmação da participação serviu como único critério de exclusão.

Uma estratégia de amostragem por variação máxima proposital foi empregada para selecionar EPAs distribuídos por diferentes regiões e departamentos da “*diagonale du vide*”. Após o contato inicial, 14 concordaram em participar do estudo. Os médicos de família foram recrutados usando amostragem em bola de neve,⁽¹⁶⁾ com o único critério de exclusão sendo a recusa em participar por um membro da dupla.

A amostra final compreendeu sete duplas de EPA-clínico geral distribuídas pelas seis regiões-alvo, garantindo a diversidade geográfica. Foram realizadas 14 entrevistas, das quais 13 foram retidas para análise. Uma dupla foi excluída devido à falta de resposta do clínico geral, apesar de a EPA ter sido entrevistada. Além disso, dois clínicos gerais que trabalhavam com a mesma EPA optaram por participar. Como essa configuração não entrava em conflito com os critérios de inclusão, suas entrevistas foram incluídas.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal (um estudante de EPA) entre janeiro e março de 2025, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas realizadas via Zoom, de acordo com a preferência dos participantes. As entrevistas duraram de 7 a 45 minutos (média de 27 minutos).

Cada entrevista foi totalmente transcrita e pseudonimizada. Para manter a fidelidade e preservar a espontaneidade das respostas, as transcrições não foram devolvidas aos participantes para validação. As gravações de áudio foram excluídas após a transcrição.

A análise dos dados foi realizada pelo pesquisador por meio de análise de conteúdo temática indutiva. O software Atlas.ti® foi usado para codificação manual e suporte à análise. As transcrições foram adicionalmente revisadas por um pesquisador inde-

pendente para fornecer validação cruzada e fortalecer a validade dos resultados. Ambos os pesquisadores concordaram que a saturação temática havia sido alcançada.

Os pesquisadores declararam não haver conflitos de interesse. Não tendo nenhum contato pessoal prévio com os participantes e nenhum vínculo pessoal, profissional ou financeiro com eles, o pesquisador garantiu a neutralidade e a integridade da análise.

Este estudo não incluiu a participação de pacientes e, de acordo com as diretrizes éticas francesas para pesquisas em saúde, não exigiu a aprovação de um comitê de ética. No entanto, uma declaração de conformidade com a metodologia de referência MR004 foi apresentada à Autoridade Francesa de Proteção de Dados (CNIL).

Resultados

Entre os treze participantes, observou-se uma maioria feminina em ambas as profissões: 86% dos médicos de clínica geral e 83% dos EPAs. A idade variou de 30 a 70 anos, com mediana de 45 anos.

Os médicos de clínica geral participantes relataram experiência profissional variando de 2 a 45 anos (média de 19,7). Os EPAs exerciam funções avançadas há 6 meses a 5 anos, mas todos tinham experiência significativa em enfermagem (média de 21,6 anos), demonstrando expertise substancial em ambas as profissões. A experiência mais curta dos EPAs reflete a novidade dessa função na França.

A análise temática das 13 entrevistas identificou unidades significativas agrupadas em nove subtemas organizados em torno de três temas principais que nomeiam as subseções desta seção.

Profissionais de saúde em contextos rurais: entre motivações pessoais e profissionais

A maioria das entrevistas revelou que a decisão de exercer a profissão em uma área rural estava enraizada em motivações pessoais, como apego à vida rural, busca por melhor qualidade de vida ou desejo de estar mais perto da família. Nesse contexto, as escolhas profissionais muitas vezes estavam alinhadas com um projeto de vida pessoal mais amplo.

Alguns participantes relataram ser da região e querer permanecer lá, enquanto outros descreveram o retorno à vida rural após uma experiência urbana insatisfatória:

“Meu marido é agricultor, então foi muito mais fácil para mim.” (M10)

“Foi mais uma escolha de vida... estávamos cercados de concreto; eu me sentia melhor no campo. Por motivos familiares, precisávamos estar mais perto dos parentes.” (I11)

Outro fator importante foi o desejo de ser útil e atender às necessidades locais de saúde. Vários participantes escolheram seu local especificamente para lidar com a escassez de serviços de saúde:

“Um dos médicos estava prestes a se aposentar... Eu assumi os pacientes dele.” (M3)

“Dada a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, com quase nenhum médico restante, pensei: uma EPA realmente tem um papel a desempenhar aqui.” (I7)

As motivações também estavam ocasionalmente ligadas a oportunidades profissionais, preocupações ambientais ou pessoais, ou ao apelo de uma prática mais variada:

“Gosto do aspecto mais versátil... É desafiador. Gosto de tratar traumas, fazer suturas, trabalhar com bombeiros em intervenções... Também tenho preocupações ecológicas.” (M4)

Acesso a cuidados de saúde em áreas rurais: entre restrições médicas, geográficas e socioeconômicas

As entrevistas revelaram que o acesso aos cuidados de saúde continua a ser um desafio diário nas áreas rurais, tanto para os pacientes como para os profissionais. Uma barreira fundamental era a distância geográfica das unidades de saúde:

“Você tem que dirigir quilômetros para consultar um médico, o que é de se esperar, dado que essas

são áreas pouco povoadas e espalhadas por grandes distâncias.” (M14)

“Os pacientes são obrigados a ir a outra cidade administrada pelo centro de saúde, que fica facilmente a 20, 30, 40 minutos de distância... e é uma população mais idosa.” (I5)

Isso é agravado pela escassez de profissionais de saúde, especialmente clínicos gerais e especialistas. A desertificação médica foi amplamente relatada como uma realidade de longa data:

“Quando se trata de médicos de cuidados primários, a situação é grave.” (I11)

“Temos um problema real com a densidade médica — ela está diminuindo ano após ano.” (M8)

Questões logísticas, como a falta de internet em algumas áreas, complicam ainda mais alternativas como o telemonitoramento.

A oferta limitada de cuidados de saúde existe num contexto social vulnerável: populações envelhecidas, precárias e muitas vezes isoladas:

“Algumas pessoas não têm carro... são pobres e idosas.” (I7)

“Elas têm um nível relativamente baixo de alfabetização em saúde. Enfrentamos altos níveis de vulnerabilidade socioeconômica — três quartos dos nossos pacientes estão em situação precária.” (M1)

Nesse contexto, os profissionais de saúde adaptam suas práticas diárias para atender às necessidades locais:

“Eu continuo fazendo visitas domiciliares a pacientes isolados.” (I2)

Apesar desses desafios, alguns territórios se beneficiam de iniciativas locais que mitigam as barreiras ao atendimento. Isso inclui programas móveis que oferecem exames e monitoramento de doenças crônicas:

“O DIABSAT é uma van com uma câmera retiniana para centros de saúde primários, ou DHALIA, para atendimento não programado — graças a uma iniciativa local.” (I11)

“O ônibus médico vai de um lugar para outro, mas não substitui um médico.” (M3)

Alguns participantes também mencionaram áreas excepcionais com melhor acesso a especialistas, mas esses casos eram raros.

No geral, as entrevistas refletem forte adaptabilidade e comprometimento diante de um ambiente desafiador. Embora os participantes tenham expressado frustração e exaustão devido aos recursos limitados e à carga de trabalho excessiva, eles permaneceram comprometidos com a continuidade do atendimento:

“Mesmo que não haja médico, tentamos garantir o atendimento ao paciente.” (I6)

“As pessoas continuam vivendo aqui, apesar das dificuldades.” (M14)

Implantação e colaboração interprofissional

As percepções dos participantes sobre os estágios iniciais da colaboração profissional revelaram diferenças notáveis. Os médicos descreveram principalmente as circunstâncias que levaram à colaboração, enquanto os EPAs enfatizaram as dificuldades que enfrentaram para se estabelecerem. Essa lacuna destaca a complexa integração dos EPAs à atenção primária.

As principais questões não eram logísticas — muitas vezes havia apoio financeiro disponível para a instalação —, mas relacionais. Os EPAs tiveram que lidar com a aceitação parcial dos médicos, a falta de compreensão de seu papel e as limitações em seus direitos de prescrição, o que prejudicou sua autonomia clínica. Isso exigiu ajustes organizacionais contínuos e esforços para conquistar um lugar dentro da equipe de atendimento.

O mal-entendido sobre o papel dos EPAs por outros profissionais de saúde continuou sendo um grande obstáculo:

“Acho que a resistência de alguns profissionais decorre principalmente da falta de compreensão.” (I7)

“Essa profissão surgiu sem muitas explicações.” (M10)

Essa confusão também levou à desconfiança e resistência dos pacientes, especialmente durante os primeiros encontros:

“Você não tem permissão para fazer isso, mas o que você tem permissão para fazer, então? O que devo dizer ao paciente?” (I7)

“... no início, alguns não aceitaram bem... houve muita resistência.” (M14)

Em um caso isolado, a resistência decorreu de preconceitos culturais ligados à etnia percebida da EPA, e não às suas habilidades ou função.

A desconfiança também se estendeu a alguns médicos, dificultando ainda mais a colaboração:

“Os médicos acham que os EPAs vão tomar seus empregos, em vez de vê-los como complementares.” (I12)

“Os médicos não estavam realmente informados sobre a nossa profissão — eles estão hesitantes.” (I2)

Em alguns casos, isso levou à recusa total em colaborar com as EPAs:

“... ela não conseguiu encontrar nenhum médico disposto a trabalhar com ela.” (M10)

“Eu tinha um médico jovem que era entusiasta, mas o colega dele disse: ‘De jeito nenhum uma enfermeira vai mexer nas minhas prescrições... de jeito nenhum vou trabalhar com uma enfermeira de prática avançada.’” (I7)

Os EPAs relataram que levaram de seis meses a um ano para se estabelecerem — um período particularmente difícil. Em alguns casos, suas atividades

permaneceram limitadas após esse período, exigindo um esforço contínuo para construir uma base de pacientes.

Apesar dessas barreiras, alguns médicos de clínica geral descreveram colaborações bem-sucedidas com EPAs. Eles viam a função como uma forma valiosa de melhorar o acesso aos cuidados locais e ao manejo centrado no paciente. Alguns optaram por ignorar as opiniões negativas dos colegas e formar suas próprias opiniões:

“Mas você precisa de pioneiros para mudar mentalidades. Estou muito satisfeito com o trabalho da EPA e nossa colaboração.” (M8)

“Ela entrou em contato... Fiquei bastante entusiasmado com a ideia.” (M14)

Da perspectiva dos pacientes, uma vez que a função foi compreendida e a confiança estabelecida, a aceitação foi forte — alguns até preferiram o acompanhamento com a EPA:

“Alguns, depois de experimentarem, não conseguem mais ficar sem — eles quase não vêm mais me consultar.” (M14)

Os EPAs enfatizaram a importância da divulgação junto aos profissionais locais (farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) para apresentar sua função e iniciar a colaboração — um passo essencial para sua integração.

Os participantes descreveram a colaboração interprofissional bem-sucedida como baseada principalmente na confiança, comunicação, respeito mútuo e reconhecimento das funções uns dos outros:

“Eu delego muito porque confio plenamente na EPA... ela conhece seus limites... se ela não estiver por perto, eu não trabalho tão bem.” (M1)

Os EPAs mostraram disposição para adaptar sua organização, ajustando tarefas para evitar duplicação, preservar o equilíbrio profissional e promover a colaboração para melhores caminhos de atendimento.

Além dessas barreiras relacionais, algumas EPAs observaram o impacto negativo de práticas isoladas ou mal adaptadas por outras EPAs, o que manchou a reputação da função:

“Alguns... infelizmente deram má fama às EPAs — eles não queriam assumir pacientes complexos.” (I11)

Também surgiram dificuldades com outros profissionais (radiologistas, farmacêuticos) que se recusavam a reconhecer as prescrições dos EPAs, forçando-os a buscar validação:

“... as prescrições de radiologia foram recusadas, então tive que voltar ao médico... uma ou duas farmácias também recusaram, mas depois que enviei o decreto, minhas renovações foram aceitas.” (I2)

“... a farmácia se recusou a aceitar a prescrição da EPA.” (I11)

Por fim, além das questões relacionais, as restrições regulatórias à prescrição foram percebidas como grandes obstáculos. A incapacidade de prescrever certos serviços essenciais (por exemplo, podologia para diabéticos, avaliações de enfermagem, autorizações de transporte) exigia que os EPAs consultassem regularmente os médicos e interrompia a continuidade do atendimento.

Discussão

Este estudo teve como objetivo explorar as percepções dos médicos de clínica geral e enfermeiros de prática avançada que trabalham em áreas rurais sobre sua colaboração interprofissional na atenção primária. Ao combinar as opiniões de ambos os grupos, ele destaca a integração gradual das EPAs.

Apesar do reconhecimento legal da profissão desde 2018, as EPAs ainda relatam dificuldades em se estabelecerem no cenário da atenção primária. Embora seu papel esteja claramente definido nos textos legais, ele permanece vago na prática diária,

levando à desconfiança, confusão e resistência. Essa falta de conscientização — tanto entre médicos quanto entre pacientes — dificulta uma colaboração harmoniosa.⁽¹⁷⁾ No entanto, o papel das enfermeiras de prática avançada já está bem integrado em outros países, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e China.⁽¹⁸⁾ Na França, sua legitimidade ainda está em construção.

Os resultados mostram que a escolha de exercer a profissão em áreas rurais decorre frequentemente de motivações pessoais e profissionais.⁽¹⁹⁾ O desejo frequentemente expresso de se sentir útil destaca um forte compromisso social: atender a uma necessidade, preencher uma lacuna, garantir a presença de cuidados de saúde. Esta postura é frequentemente acompanhada por um desejo de autonomia na organização do trabalho, percebida como mais alcançável em ambientes rurais. Longe de ser vista apenas como uma limitação, a ruralidade é aqui vivida como uma oportunidade.^(20,21)

A análise confirmou a persistência de barreiras estruturais ao acesso à saúde em áreas rurais — particularmente na chamada “diagonal do vazio” — que combina desafios geográficos, médicos, tecnológicos e socioeconômicos que são bem documentados, mas continuam urgentes.⁽²²⁾ O declínio no número de médicos de clínica geral e especialistas ameaça populações vulneráveis e aumenta a pressão sobre os profissionais de saúde restantes, que enfrentam isolamento e cargas de trabalho crescentes.^(23,24)

Iniciativas de saúde móvel foram lançadas para melhorar o acesso. Embora abordem desigualdades territoriais reais, sua implantação é limitada pela escassez de profissionais para operá-las. Outros países implementaram soluções inovadoras: no Brasil, unidades de saúde flutuantes prestam atendimento ao longo do Amazonas; nos EUA, mais de 2.000 clínicas móveis atendem populações rurais com resultados comprovados.^(25,26) Esses exemplos mostram que é possível ter acesso a cuidados de saúde adequados ao contexto.

Nesse contexto, a presença de EPAs na atenção primária surge como uma solução complementar promissora. Alguns médicos de clínica geral veem isso como uma resposta pragmática à escassez de médicos.

Os resultados mostram que as barreiras e os facilitadores para a integração das EPAs estão intimamente ligados àqueles que afetam a colaboração interprofissional: a consciência do papel, a aceitação médica, a organização local dos cuidados e as relações interpessoais influenciam a qualidade da colaboração.⁽²⁷⁾

Quando essa colaboração ocorre, ela se mostra uma alavanca poderosa para melhorar as linhas de atendimento. Três elementos-chave emergem: reconhecimento de funções, comunicação eficaz e confiança mútua.⁽²⁰⁾ Esses fatores se desenvolvem ao longo do tempo, e não espontaneamente. Essa dinâmica melhora o acesso aos cuidados, reduz as visitas de emergência e aumenta a satisfação dos profissionais de saúde.⁽²⁸⁾

No entanto, as limitações regulatórias em torno da prescrição continuam sendo um grande obstáculo. As EPAs entrevistados descreveram a inconsistência entre suas responsabilidades clínicas e sua autoridade restrita. A incapacidade de prescrever certos serviços (avaliações de enfermagem, podologia, formulários de transporte, etc.) prejudica a fluidez dos cuidados e mina sua legitimidade.

Dois desenvolvimentos legislativos durante o período do estudo fortaleceram seu papel: o Decreto nº 2025-55, de 20 de janeiro de 2025, concede acesso direto às EPAs, e a Portaria de 25 de abril de 2025 amplia seus direitos de prescrição.^(29,30) Esses são passos significativos para permitir que os EPAs trabalhem de forma mais autônoma e complementem os médicos de família para melhorar a qualidade dos cuidados.

Conclusão

Este estudo explorou a dinâmica da colaboração entre enfermeiros de prática avançada e médicos de clínica geral em áreas rurais. Num contexto de escassez de médicos e desigualdades territoriais, destacou o potencial dessa colaboração para melhorar os cuidados aos pacientes, fortalecer a prestação de serviços de saúde locais e aliviar a carga sobre os médicos de clínica geral. No entanto, essa complementaridade só pôde se desenvolver sob certas condições: reconhecimento de competências, confiança

mútua, comunicação fluida e ancoragem territorial. A integração das EPAs ocorreu, assim, tanto através do trabalho prático no terreno como da evolução regulatória. São necessárias mais pesquisas para explorar as perspectivas dos pacientes e os efeitos das reformas recentes.

Agradecimentos

A pesquisa não recebeu financiamento externo. Os autores gostariam de agradecer aos nossos colegas do DUSI por seus comentários construtivos e apoio.

Colaborações

Bosserelle L contribuiu para a concepção do estudo, coleta e análise de dados e redação do manuscrito. Seixas CT forneceu feedback crítico sobre a análise e interpretação dos dados, contribuiu para a redação do artigo e aprovação do manuscrito final.

Referências

1. Chapuis R, Brossard T. Les ruraux français. Paris: Berger-Levrault; 1986 [cité 2024 oct 28]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4810065b>
2. Data.gouv.fr. Carte interactive des zones de revitalisation rurale (ZRR). [cité 2024 oct 25]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/carte-interactive-des-zones-de-revitalisation-rurale-zrr/>
3. Insee. La grille communale de densité. [cité 2025 avr 24]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
4. Insee. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations. [cité 2024 oct 29]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Paris: CNOM; 2023.
6. Chambaud L. Accès aux soins: éléments de cadrage. Regards. 2018;53(1):19-28.
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. OMS; 1978.
8. Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires: perspectives multi-situées. Rev Fr Aff Soc. 2020;(1):11-31.
9. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Légifrance; [cité 2025 avr 25]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000020879478>

10. Vie-publique.fr. Santé: quelle politique publique contre les déserts médicaux?. 2023 [cité 2024 déc 5]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux>
11. Ministère de la Santé. Plan d'action pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires. 2024 [cité 2025 Avr 25]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/plan-d-action-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>
12. Berland Y. Les missions de l'infirmier de pratique avancée. Rapport. 2003 [cité 2024 Oct 30]. Disponible sur: https://www.cfef.org/texte_divers/rapport_berland.pdf
13. République Française. Article 119 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [cité 2025 avr 25]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913702
14. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Santé Soc Soc*. 1999;17(3):67-94.
15. République Française. Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice de l'IPA. [cité 2025 avr 25]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
16. Lambeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris: Global Média Santé; 2021. p. 64.
17. Aghnatiou M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée: représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*. 2021;33(4):547-58.
18. Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong SAR, China. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(2):196-204.
19. Scheffer J. Des incitations à vivre, étudier ou se former en milieu rural pourrait pousser davantage de jeunes praticiens à s'y installer. *Santé-Environnement-Politique*. 2024 [cité 2025 juin 1]. Disponible sur: <https://environnementsantepolitique.fr/2024/07/22/des-incitations-a-vivre-etudier-ou-se-former-en-milieu-rural-pourrait-pousser-davantage-de-jeunes-praticiens-a-sy-installer/>
20. Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, Alves JP, Diniz ÍVA, Medeiros SM, et al. Primary Health Care in the rural context : the nurses' view. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190328.
21. Yé M, Tapsoba C, Zabré P, Diboulo E, Sanou A, Kagoné M, et al. Déterminants du choix des postes en zone rurale par les professionnels de santé au Burkina Faso. *Santé Publique*. 2018;(HS):113-25.
22. Bontron JC. L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural: problématiques et expériences. *Gérontol Soc*. 2013;146(3):153-71.
23. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. Déserts médicaux » en France: état des lieux et perspectives de recherches. *Espace Géogr*. 2018;47(4):362-80.
24. Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice? *Rev Fr Écon*. 2016;31(4):221-67.
25. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):54.
26. Higgins A, Tilghman M, Lin TK. Mobile health clinics in a rural setting: a cost analysis and time motion study of La Clínica in Oregon, United States. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):97.
27. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia: a multiple case study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:99.
28. Roots A, MacDonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Hum Resour Health*. 2014;12:69.
29. République Française. Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif à l'accès direct. [cité 2025 juin 1]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051013550>
30. République Française. Arrêté du 25 avril 2025 relatif à la liste des prescriptions autorisées pour les IPA. [cité 2025 juin 1]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051533034>